



Риниты и синуситы: современная стратегия диагностики и лечения

Ежегодная конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины» состоялась в Москве. Председателями мероприятия выступили член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор Г.З. ПИСКУНОВ (зав. кафедрой оториноларингологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ) и д.м.н., профессор А.С. ЛОПАТИН (зав. кафедрой болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова). Ведущие специалисты представили доклады по вопросам лечения ринитов и синуситов, а также терапии ассоциированных с ними заболеваний: отита, аденоидита, храпа, синдрома обструктивного апноэ сна и риногенных внутричерепных осложнений.

Одной из важных тем, рассмотренных в ходе конференции, стала этиология, диагностика и лечение персистирующего ринита. Своей точкой зрения на данную проблему поделились врачи разных специальностей. Мнение аллерголога высказала д.м.н., профессор, заведующая отделом клинических и эпидемиологических исследований Института иммунологии ФМБА О.М. КУРБАЧЕВА. Она напомнила, что персистирующий ринит – это ринит, симптомы которого длятся более 4 дней в неделю или более 4 недель в году. С точки зрения О.М. Курбачевой, персистирующий ринит обычно имеет аллергическую природу, однако роль аллергического воспаления необходимо установить. «Золотым стандартом» диагностики остается провокационное тестирование. Наиболее частыми ингаляционными аллергенами становятся компоненты домашней пыли (включая клещей), эпидермальные аллергены, пыльца растений и регулярно применяемые лекарственные препараты. Аллергический ринит характеризуется воспалением слизистой оболочки полости носа, которое развивается вследствие нарушения иммунных механизмов. Именно поэтому эффективность тех или иных препаратов при аллергическом рините напрямую зависит

от их способности подавлять медиаторы воспаления. В международных и отечественных рекомендациях в качестве препаратов выбора рекомендованы интраназальные кортикостероиды (ИГКС), которые за счет уменьшения воспаления устраняют основные симптомы (заложенность носа, ринорею и зуд). В терапии аллергического ринита используют также системные антигистаминные препараты, ингибиторы лейкотриеновых рецепторов.

Д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии РМАПО Е.В. НОСУЛЯ, выступая по проблеме лечения персистирующего ринита, также подчеркнул, что наиболее результативна терапия интраназальными глюкокортикостероидами. Однако беклометазон и «ранние» ИГКС обладают высокой биодоступностью, что может привести к побочным эффектам, поэтому их применение, например, у детей строго ограничено.

Профессор Е.В. Носуля рассказал также об особенностях терапии ринита у беременных. Ринит беременных – это заложенность носа без симптомов инфекции или аллергии. При беременности в организме женщины происходят эндокринные сдвиги, их следствием при наличии факторов риска может



«Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины»



Профессор Г.И. Пискунов

стать назальная обструкция. Основными факторами риска возникновения ринита беременных являются прием деконгестантов, аллергический ринит, табакокурение. Согласно данным статистики, 30% всех беременных женщин страдают ринитом, причем 80% из них курят. Лекарственные средства беременным необходимо назначать крайне осторожно, поскольку плод очень уязвим для тератогенного действия лекарств (особенно в первом триместре). При легких формах ринита профессор Е.В. Носуля рекомендовал ирригационные процедуры (промывание носа) как самый безвредный способ лечения. При тяжелых формах ринита возможно использование ИГКС, причем предпочтение можно отдать мометазона фураату и флутиказона пропионату.

Д.м.н., профессор, заведующий оториноларингологическим отделением ФГУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ В.С. КОЗЛОВ осветил проблему медикаментозного ринита. Медикаментозный ринит – это патологическое состояние слизистой оболочки носа, возникающее вследствие применения некоторых лекарственных средств. Клинически медикаментозный ринит характеризуется затруднением носового дыхания и наличием психологической зависимости от препарата. На долю медикаментозного ринита приходится 12,5% от общего числа больных с заболеваниями носа и придаточных пазух и 1% всех ЛОР-заболеваний. Чаще всего медикаментозный ринит является следствием приема деконгестантов. В более редких случаях он может развиваться в результате применения различных системных препаратов. Что касается лечения, то большинству больных первой формой медикаментозного ринита для выздоровления было бы достаточно отказаться от сосудосуживающих препаратов, однако, к сожалению, психологическая зависимость оказывается сильнее. Наиболее действенными средствами терапии являются промывание полости носа, топиче-

ские ГКС, а также препарат экстракта свежих клубней цикламена европейского.

Доклад, посвященный инфекционному риниту, представил д.м.н., профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Ю.Ю. РУСЕЦКИЙ. Он назвал инфекционный ринит одним из самых частых заболеваний в детстве: в пределах нормы ребенок переносит до 6 инфекционных ринитов в год. Главная задача, которую должна преследовать терапия ринита у детей, – предотвращение осложнений и хронизации заболевания. Естественно, что на выбор препаратов во многом влияют возрастные ограничения их использования. До 2 лет разрешено применять только средства для промывания носа и антигистаминные препараты. Специалисты еще не пришли к единому мнению по поводу того, какой раствор должен использоваться для промывания: изотонический или гипертонический. Однако гораздо важнее поддерживать правильное положение головы ребенка при промывании носа, недопустимо применять струйное промывание (из-за угрозы попадания раствора в среднее ухо). К применению детям от 2 до 5 лет разрешены два ИГКС. После 5 лет лечение детей становится гораздо проще из-за расширяющегося выбора разрешенных препаратов. «Эффективное лечение ринитов у детей необходимо и возможно», – подчеркнул в завершение своего доклада профессор Ю.Ю. Русецкий.

Часть докладов была посвящена этиологии, диагностике и лечению синуситов. Последние данные о спектре и резистентности возбудителей острого риносинусита привел к.м.н. П.А. КОЧЕТКОВ. Он подчеркнул важность адекватной диагностики ЛОР-инфекции. Достоверную информацию о возбудителе можно получить с помощью пункции, но делать ее без настоятельной необходимости нежелательно. Надо учитывать, что тип возбудителя для конкретной нозологии меняется незначительно, однако резистентность к антибиотикам меняется постоянно. Двумя основными возбудителями были и остаются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Раньше (и до недавнего времени) лидировал *Streptococcus pneumoniae*, но данные некоторых исследований указывают все возрастающий процент инфекций, вызванных *Haemophilus influenzae*. Из-за роста резистентности в настоящее время уже практически утратили эффективность такие антибиотики, как тетрациклин и ко-тримоксазол, незащищенные пенициллины, макролиды I поколения и цефалоспорины I поколения. Сейчас на вооружении у врачей находятся защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения и макролиды последнего поколения. Из цефалоспоринов III поколения П.А. Кочетков выделил цефтибутен. Этот препарат обладает высокой активностью в отношении *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Klebsiella*, высокой устойчивостью к бета-лактамазе. Он разрешен для детей от

оториноларингология



НПК «Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины»

оториноларингология

6 месяцев и может применяться в виде таблеток или суспензии. Из группы макролидов докладчик выделил кларитромицин, который, по его мнению, явно выигрывает сравнение с самым популярным российским антибиотиком – амоксициллином.

О принципах лечения острого риносинусита рассказала к.м.н. О.А. ИВАНЧЕНКО. Она назвала острый риносинусит одним из самых распространенных заболеваний, хотя отметила, что эпидемиологические данные по нему сильно варьируют. Первичное заражение при остром риносинусите в подавляющем большинстве случаев имеет вирусную природу. О.А. Иванченко проанализировала назначение различных антибиотиков для лечения острого риносинусита по данным опросов российских врачей. Выяснилось, что еще в 2004 г. положение можно было считать крайне неблагоприятным, поскольку на первом месте по назначениям в России стоял линкомицин (не влияет на *Haemophilus influenzae*), 3-е место занимал ципрофлоксацин, слабо действующий на *Streptococcus pneumoniae*, на 6-м месте располагался доксициклин (вызывает колиты), а на 7-м – гентамицин, известный своей нефро- и ототоксичностью. Однако с тех пор положение существенно изменилось к лучшему. Сейчас бесспорными лидерами среди применяемых антибиотиков в России являются эффективные к основным возбудителям амоксициллин/клавуланат и амоксициллин. К сожалению, только ципрофлоксацин, эффективность которого очень сомнительна, все еще удерживается в первой десятке назначаемых препаратов. К положительным изменениям также следует отнести и сокращение доли парентерального введения препаратов с 30% в 2001 г. до 8% в 2009 г.

Хронический синусит занимает одно из ведущих мест в структуре ЛОР-патологии и заболеваний верхних дыхательных путей. Как отметил д.м.н., профессор А.С. ЛОПАТИН, если острый риносинусит длится менее 12 недель и заканчивается обыкновенно разрешением всех симптомов и полным выздоровлением, то продолжительность хронического риносинусита составляет более 12 недель, воспаление сопровождается затруднением носового дыхания, выделениями из носа, иногда головными болями и потерей обоняния. Российским обществом ринологов был инициирован национальный проект по изучению диагностики и лечения хронического риносинусита – ХРОНОС. В исследовании приняли участие 18 центров из 16 регионов России. Анализ данных продлится до 2012 г. Сложившуюся практику лечения хронического риносинусита в России профессор А.С. Лопатин признал удовлетворительной. В первую тройку чаще всего применяемых антибиотиков входят амоксициллин, кларитромицин и цефтриаксон. Из препаратов системного действия в дополнение к антибиотикам чаще других применяют муколитики, антигистаминные средства, системные кортикостероиды. Из пре-



Профессор А.С. Лопатин

паратов местного действия при хроническом риносинусите наиболее часто назначают сосудосуживающие средства, реже – мукостимуляторы, интраназальные глюкокортикоиды.

Второй доклад профессора А.С. Лопатина был посвящен полипозному риносинуситу. Полипозный риносинусит – заболевание гораздо более распространенное, чем принято считать. Клинические проявления полипозного риносинусита, по разным данным, встречаются у 3–5% населения. Патогенез заболевания хорошо изучен, в его основе лежит Th2-зависимое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Что касается лечения, то ключевые аспекты терапии были отражены в клинических рекомендациях по лечению полипозного риносинусита, разработанных в 2010 г. Хирургическое лечение должно быть минимально инвазивным и максимально щадящим по отношению к внутриносовым структурам. В медикаментозном лечении рекомендуются интраназальные кортикостероиды. При начальной стадии заболевания без выраженной назальной обструкции ИГКС применяются в качестве стартовой терапии и длительным курсом. В ряде случаев может применяться системная кортикостероидная терапия.

Таким образом, ведущие московские специалисты представили доклады на наиболее актуальные темы, касающиеся диагностики и лечения острого и хронического риносинусита, персистирующего, инфекционного и медикаментозного ринита, привели данные эффективности препаратов, используемых в лечении ЛОР-заболеваний. В работе конференции приняли участие почти 300 врачей-оториноларингологов не только из Москвы и Московской области, но и из других регионов России, что в очередной раз подтвердило значимость выбранной организаторами темы. ☺

Подготовил И. Смирнов