



Подарить миру ароматы,

Тополинный пух и липовый цвет, маленький пушистый котенок и воздушный клубничный десерт, новое платье и пахнущий типографской краской томик любимого автора... Человека, склонного к аллергии, эти вполне безобидные вещи, у большинства людей вызывающие лишь улыбку, могут повергнуть в настоящий ужас.

Существует ли эффективное и быстрое решение проблемы под названием «аллергия»? Можно ли достичь того, чтобы время цветения растений перестало быть для многих своеобразным карантинном? Какие современные противоаллергические препараты представлены на фармацевтическом рынке нашей страны? Насколько обоснованна «гормонофобия» населения в отношении эндоназальных кортикостероидов (ЭКС)?

Как оптимизировать терапию заболеваний, сопровождающихся заложенностью носа, чтобы восстановить не только палитру запахов, но и нормальную трудоспособность пациента?

Дискуссии на эти темы неисчерпаемы, продуктивны и необходимы для плодотворной работы в данном направлении, что с успехом подтвердила встреча авторитетных специалистов-оториноларингологов в г. Судак в рамках мастер-класса, состоявшегося 15 мая при поддержке компании MSD, в преддверии съезда оториноларингологов (17-19 мая). Представляем вниманию читателей наиболее интересную информацию, посвященную проблеме заложенности носа, которая прозвучала в ходе мероприятий.

С.М. Пухлик: «Мометазона фураат имеет наименьшую системную доступность среди эндоназальных кортикостероидов»



Основной акцент доклада заведующего кафедрой оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Сергея Михайловича Пухлика был сделан на вопросах дифференциальной диагностики аллергического и вазомоторного ринита.

— Существует несколько классификаций ринитов — заболеваний, являющихся одной из основных причин заложенности носа. Принятая в Европе для врачей общей практики классификация включает:

- инфекционный (острый, хронический; специфический, неспецифический);
- аллергический (сезонный и круглогодичный);
- другие:
 - идиопатический (вазомоторный);
 - профессиональный;
 - гормональный;
 - медикаментозный;
 - вызванный веществами раздражающего действия;
 - пищевой;
 - психогенный;
 - атрофический.

В Украине в настоящее время используется другая классификация, согласно которой выделяют острый и хронический ринит. Хронический ринит, в свою очередь, подразделяется на катаральный, гипертрофический (простой и гиперпластический очаговый/диффузный), атрофический (простой хронический и зловонный — озена) и вазомоторный (аллергическую и нейровегетативную формы). Вариантами аллергической формы являются сезонный и круглогодичный аллергический ринит (АР).

Причинами ринита может выступать множество различных факторов. Задачей врача является компетентная оценка и дифференциальная диагностика этих факторов и назначение рационального лечения.

Когда пациент обращается с жалобами на выделения из носа, заложенность носа, то в первую очередь необходимо установить, это вариант нормы или заболевание, после чего следует оценить анатомические особенности строения (наличие шипов и гребней на перегородке носа, патологические варианты строения средних носовых раковин — булла, парадоксальный изгиб и др.). Если аномалии отсутствуют, определяют причину: является ринит инфекционным или неинфекционным. Последний бывает аллергическим и неаллергическим, неаллергический — эозинофильным и неэозинофильным (вазомоторным).

При проведении дифференциальной диагностики на начальных этапах следует помнить, что подобные назальные симптомы могут быть вызваны и патологиями

без аллергического компонента: невралгией в области носа и околоносовых пазух, нарушениями психики, которые обуславливают фиксацию внимания пациента на своих симптомах. В случае верификации психического нарушения следует аргументированно интерпретировать данные объективных исследований и убедить пациента в отсутствии у него соматической патологии со стороны полости носа и носовых пазух. К сожалению, риноманометрами оснащены всего несколько учреждений в Украине, а для оценки носового дыхания оториноларингологи, как правило, используют метод Воячека — поднесение ваты (нитки) к полости носа. Оценивать носовую функцию таким способом — все равно, что оценивать слух без аудиометра или зрение без офтальмоскопа.

Внешний вид пациентов с заложенностью носа типичен: одутловатое лицо, отеки в области глаз, открытый рот, деформации (сколиоз, лордоз, платириния и др.) и тотальное смещение наружного носа. Дети с заложенностью носа, как правило, дышат ртом и находятся в состоянии постоянного кислородного голодания, вследствие чего грудная клетка у них более узкая и уплощена по бокам, грудина выпячена вперед («куриная грудь»), постоянно трут нос («аллергический салют») или морщатся. Часто диагностируется нарушение функции речи (ребенок с трудом произносит носовые согласные звуки, речь глухая, отрывистая), развиваются нарушения прикуса, географический язык.

При искривлении носовой перегородки проводят оперативное вмешательство, целью которого является восстановление носового дыхания, при деформации наружного носа — косметическую операцию; в некоторых случаях они сочетаются. Согласно теории австрийского ученого W. Messerklinger, получившей широкое распространение в 60-70 гг. прошлого века, недопустим прямой контакт слизистой оболочки носа со слизистой оболочкой носа, поскольку это приводит к развитию отека, замедлению мукоцилиарного транспорта, вазомоторным расстройствам. На этой теории основывается и современная эндоскопическая ринопластика.

При дифференциальной диагностике инфекционного и неинфекционного ринита учитывают последовательность появления симптомов, наличие/отсутствие катаральных явлений в глотке, гортани и трахее, данные риноскопии и характер выделений. Инфекционный ринит может быть неспецифическим (как правило, сопровождается синусит) и специфическим (при туберкулезе, сифилисе, проказе).

В пользу аллергического неинфекционного ринита свидетельствуют взаимосвязь манифестации симптомов с воздействием аллергена, бледно-серый цвет слизистой оболочки при риноскопии, положительные результаты кожных тестов, наличие специфических антител в сыворотке крови, эозинофилия в носовом секрете.

Повышенное содержание эозинофилов в анализе крови и назальном секрете позволяет выделить среди пациентов с неаллергическим ринитом тех, у кого эта патология вызвана нарушениями метаболизма арахидоновой кислоты. У таких больных заложенность носа часто бывает первым проявлением аспириновой триады.

Возможными причинами появления назальных симптомов при неинфекционном неаллергическом неэозинофильном рините являются постоянное применение сосудосуживающих капель, гипотензивных препаратов и контрацептивов, гормональные и вегетативные нарушения.

С.Б. Безшапочный: «При применении препарата Назонекс® я вижу отличный результат лечения»



При лечении АР, как правило, возникают вопросы и размышления не только у лечащего врача, но и у пациента. На многие из них постарался дать ответы заведующий кафедрой оториноларингологии Украинской медицинской стоматологической академии, доктор медицинских наук, профессор Сергей Борисович Безшапочный.

— При постановке диагноза АР необходимо учитывать как назальные/неназальные симптомы, так и данные объективного исследования. Безусловно, лечить эту патологию должен оториноларинголог в тесном сотрудничестве с аллергологом.

Доказано, что безобидный на первый взгляд АР увеличивает частоту случаев апноэ/гипопноэ сна (Stuck et al., 2004). Препаратами выбора для лечения АР являются ЭКС, в частности Назонекс®.

Существует ряд вопросов, наиболее часто задаваемых практическими врачами при ведении пациента с заложенностью носа. В каких случаях эффективность Назонекса недостаточна? Почему препарат необходимо применять длительно (4-6 нед)? Можно ли лечить АР физическими методами и необходимо ли назначение ЭКС в таком случае?

При назначении ЭКС следует проводить четкую дифференциальную диагностику между АР и вазомоторным ринитом. Максимальная эффективность препарата наблюдается в случае аллергической природы заболевания. Реакция на назначение препарата Назонекс® может быть своего рода дифференциально-диагностическим признаком между вышеуказанными нозологиями: при АР пациент отмечает быстрое и значительное улучшение состояния, тогда как в случае вазомоторного ринита самочувствие больного будет сохраняться на прежнем уровне.

Относительно длительности лечения следует помнить, что АР — хронический самоподдерживающийся процесс, которому предшествует длительный аллергологический анамнез. Это заболевание требует назначения препарата Назонекс® как минимум на 1 мес, что сопровождается высокой клинической эффективностью и не сопряжено с риском развития побочных эффектов. Назначая Назонекс® своим пациентам, я вижу отличный результат лечения.

Ключевым патофизиологическим механизмом АР, ответственным за развитие симптомов, является воспаление, что обуславливает необходимость назначения лекарственных средств, оказывающих системное действие на аллергическое воспаление, в частности препарата Эриус®. Не следует забывать, что изолированной «аллергии носа» не бывает.

Системные симптомы аллергии (кожные проявления, БА и др.) и отягощенный аллергологический анамнез являются показаниями к комбинированному назначению препаратов Назонекс® и Эриус®.



Главный оториноларинголог г. Киева, руководитель городского научно-практического центра эндоскопической риноларингологии, доцент кафедры отоларингологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Богдан Назарович Биль знает о заложенности носа если не все, то

очень многое. Свои теоретические знания и практические наблюдения специалист представил в докладе «Консервативное ведение пациента с заложенностью носа. Выбор ЭКС».

— Заложенность носа может быть симптомом нескольких заболеваний — АР, острого риносинусита, полипов носа. В 8 из 10 случаев заложенность носа может быть устранена с помощью консервативных методов.

Под термином «аллергический ринит» подразумевают комплекс назальных (ринорея, заложенность носа, зуд, чихание) и неназальных (зуд глаз, слезотечение, конъюнктивит, ощущение зуда в области неба и ушей) симптомов, обусловленных воспалением слизистой оболочки носа, которое возникает после контакта с аллергенами. Сезонный АР (интермиттирующий, сенная лихорадка) обычно проявляется в определенное время года, чаще в период цветения растений. Аллергенами выступают пыльца деревьев, кустарников, трав, споры грибов.

Причинными факторами круглогодичного (персистирующего) АР, как правило, являются аллергены домашних животных, плесени, тараканов.

В настоящее время аллергические заболевания — проблема не отдельно взятого человека, а всего медицинского сообщества. Согласно статистическим данным, сегодня аллергическими заболеваниями страдает около 40% взрослого и 45% детского населения. Основные причины этой негативной тенденции — воздействие окружающей среды, урбанизация, химическое производство и др.

К факторам риска развития аллергопатологии также относятся:

- семейный анамнез;
- уровень сывороточного IgE >100 МЕ/мл до 6 лет;
- высокий социально-экономический статус (как следствие, чрезвычайная занятость и отсутствие времени на визит к врачу);
- воздействие аллергенов;
- наличие сопутствующих аллергических заболеваний (дерматит, БА и др.);

или Гипотезы, мнения и факты о заложенности носа

• длительный контакт с табачным дымом вследствие пассивного курения.

Доказана взаимосвязь АР и БА: по данным 23-летнего исследования (Settipane et al.), у пациентов, страдающих АР, БА развивается в 3 раза чаще по сравнению с лицами без данной патологии.

Консервативное лечение пациента с заложенностью носа должно основываться на доказательной базе с учетом оптимальной длительности применения препаратов (при АР на протяжении всего периода цветения растения-аллергена, в случае полипоза – до операции и в течение 3 мес после нее). Однако в большинстве случаев ограничиваются короткими курсами применения препаратов, что обусловлено боязнью развития системных и местных побочных действий ЭКС.

Согласно данным различных ученых (Allen, 2000; Corren, 1999; Hochhaus, 2008; Derendorf et al., 2008), на системные эффекты ЭКС влияют оральная биодоступность, скорость выведения вещества из организма и уровень свободного активного вещества. Современные ЭКС характеризуются низкой системной биодоступностью, что уменьшает вероятность развития побочных эффектов.

По результатам исследования Minshall и соавт.

(1998), применение мометазона фууроата (назального спрея) в дозе 200 мкг/сут в течение 12 мес не вызывало атрофии слизистой оболочки носа, эпителий сохранял свою структуру, эозинофильной инфильтрации не наблюдалось.

Препарат Назонекс® имеет широкий спектр показаний и с успехом применяется в лечении АР (сезонного и круглогодичного), риносинусита, полипоза носа.

Критерии проведения консервативной терапии:

- возможность и эффективность применения при данной патологии;
- оптимальная длительность терапии;
- возможность использования с раннего возраста;
- высокий комплаенс (обеспечивается удобным режимом применения, низким уровнем риска развития побочных эффектов);
- высокая системная и местная безопасность;
- широкий спектр показаний.

Поскольку длительное использование мометазона фууроата не оказывает негативного влияния на процессы роста у детей, препарат разрешен к применению у детей с 2 лет (Schenkel et al., 2000; Skoner, 2000). В настоящее время это единственный ЭКС, который можно назначать маленьким пациентам.

На эффективность терапии также влияет способ применения препарата: по мнению некоторых ученых, необходимо осуществлять «перекрестное» впрыскивание – правой рукой в левую ноздрю, левой – в правую.

Г.И. Гарюк: «Лучшего контроля заболевания можно достичь путем сочетанного применения ЭКС и антигистаминных препаратов»



Ключевым аспектом устранения тяжелой заложенности носа, возможностям контроля воспаления и эффективности применения ЭКС посвятил свой доклад заведующий кафедрой отоларингологии и детской отоларингологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Григорий

Иванович Гарюк.

– Заложенность носа – симптом, который сопровождает различные заболевания, в том числе АР и хронический полипозный риносинусит (ХПРС). Для его устранения применяются 2 подхода: оперативное вмешательство и консервативная терапия (предпочтительна для подавляющего большинства пациентов).

Основными целями врача и пациента с ХПРС являются избежание проведения операции (если это возможно), удлинение периодов между оперативными вмешательствами (если они неизбежны), уменьшение объема хирургических манипуляций, предотвращение развития риногенных осложнений (в частности, гнойных синуситов).

При ХПРС широко применяются ЭКС. Эти препараты продемонстрировали высокую эффективность в лечении, предотвращении рецидива риносинусита после проведения оперативного вмешательства, а также в терапии хронического евстахиита на фоне аденоидита.

Длительность применения ЭКС зависит от клинической ситуации: при начальной стадии, I-II ст. ХПРС монотерапия мометазона фууроатом проводилась в течение 3 мес, при подготовке к хирургическому вмешательству курс лечения препаратом составил 2 мес, в послеоперационном периоде (спустя неделю после вмешательства) рекомендовалось использование ЭКС сроком 3 мес.

Согласно результатам применения мометазона фууроата (Назонекс®) в нашей клинике при консервативном лечении пациентов с ХПРС с использованием этого препарата в качестве монотерапии излечение и отсутствие рецидивов заболевания в течение 2 лет наблюдалось у 58% пациентов.

Были продемонстрированы преимущества применения препарата Назонекс® в отношении развития рецидива у больных ХПРС, перенесших хирургическое вмешательство: при сравнении эффективности лечения в группе пациентов, которым дополнительно был назначен Назонекс за 1 мес до вмешательства и в течение 3 мес после его проведения (n=40),



и группе хирургического лечения (n=72). Среднее время до развития рецидива составило 2 года и 3-6 мес соответственно.

В случае, когда заложенность носа является симптомом АР, более полного контроля АР можно достичь путем сочетанного применения Назонекса (устраняет назальные симптомы заболевания) и препарата Эриус® (обеспечивает системный контроль над медиаторами аллергического воспаления).

Эриус® как препарат 3D-формата: действие, доступность, доказательность

Второй доклад доктора медицинских наук, профессора Сергея Михайловича Пухлика – «Лечение пациентов с сезонным аллергическим ринитом: пути оптимизации», прозвучавший в рамках съезда, – стал продолжением научной дискуссии, начало которой было положено во время мастер-класса, и в то же время суммировал сказанное ранее.

– Новый документ, согласно которому врачи проводят лечение АР, – Allergic and its Impact on Asthma (ARIA). По версии Международного консенсуса (P. van Cauwenberge et al., 2000) выделяют сезонный, круглогодичный и профессиональный АР. Изменения классификации связаны с тем, что в некоторых регионах (штат Калифорния в США, страны Средиземноморья) пыльца и плесень являются круглогодичными аллергенами, тогда как симптомы круглогодичного ринита не всегда сохраняются на протяжении года (в странах Средиземноморья уровни аллергенов клещей домашней пыли летом снижаются); большинство пациентов сенсibilизированы к различным аллергенам и подвергаются их действию на протяжении года; изменение климата сопровождается изменениями сроков пыления растений.

АР – это обусловленное воздействием аллергенов интермиттирующее или постоянное воспаление слизистой оболочки носа и его пазух, которое характеризуется заложенностью, выделениями из носа, ощущением зуда и чиханием (могут присутствовать только некоторые из указанных симптомов). В нашей стране интермиттирующий АР предложено называть сезонным (в случае поллиноза), а персистирующий – круглогодичным.

Заболеваемость АР характеризуется тенденцией к увеличению: только за 5 лет – с 2002 по 2006 год – этот показатель в Одесской области повысился в 2,5 раза.

Основным патофизиологическим механизмом АР, обуславливающим развитие симптомов, является воспаление. При этом состоянии повышается количество тучных клеток, происходит их дегрануляция и высвобождение медиаторов воспаления, в результате чего возникают клинические симптомы ранней фазы аллергической реакции,

развивающейся через 15-20 мин после контакта с аллергенами (зуд, чихание, выделения из носа, заложенность носа и др.). Спустя 4-6 ч после взаимодействия с аллергеном наступает патофизиологическая стадия реакции, в которой участвуют эозинофилы, лимфоциты, базофилы, лимфоциты, нейтрофилы.

Доказано, что назальные симптомы оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов с сезонным АР: снижают дневную активность (у 66% пациентов) и производительность труда (отмечается у 52% больных), обуславливают нарушения сна (в 40% случаев), влияют на настроение и самочувствие (на повышенную раздражительность и утомляемость предъявляют жалобы соответственно 64 и 80% пациентов).

Составляющими терапии АР являются:

- ликвидация причинного аллергена;
- специфическая иммунотерапия;
- фармакотерапия.

Поскольку ключевую роль в патогенезе АР играют провоспалительные клетки и медиаторы, оправданно применение препаратов, обладающих противовоспалительным (ингибирование медиаторов воспаления), антигистаминным (блокирование рецепторов гистамина) и противовоспалительным (мембраностабилизирующим) действием. К ним относится дезлоратадин (Эриус®). Доказано, что дезлоратадин значительно улучшает качество жизни пациентов, повышает активность, нормализует сон и психологическое состояние, устраняет назальные и неназальные симптомы (Bousquet et al., 2010).

В последнем пересмотре ARIA (Brozek et al., 2009) указано, что для лечения пациентов с АР не рекомендуется применять H₁-блокаторы I поколения и H₁-блокаторы с высоким кардиотоксическим риском или седативным действием; предпочтительнее использовать H₁-блокаторы II поколения, не обладающие седативным действием и не влияющие на цитохром P450.

Высокоэффективным классом препаратов при АР являются ЭКС. По мнению Bousquet и соавт. (2001), практическое применение ЭКС является одним из лучших примеров того, как терапевтический индекс лекарственного средства может быть радикально улучшен при его топическом применении, а основным аргументом в пользу применения ЭКС для лечения АР является возможность достижения высокой концентрации препарата в слизистой оболочке носа с минимальным риском развития системных побочных эффектов.

Профиль безопасности ЭКС определяется его системной биодоступностью: с ее повышением увеличивается риск развития побочных эффектов. Мометазона фууроат (Назонекс®) имеет наименьшую системную биодоступность по сравнению с флутиказоном, будесонидом, беклометазоном: ≤0,1; <2; 34; 44% (1% – интраназальная и 43% – проглоченной фракции) соответственно.

В многоцентровом двойном слепом исследовании (n=349), проведенном D. Graff и соавт., было показано, что назначение мометазона фууроата в дозе 200 мг в день пациентам с сезонным АР за 4 нед до начала и на протяжении 4 нед сезона цветения предупреждало развитие или отсрочивало появление назальных симптомов.

Результаты метаанализа 8 клинических исследований продемонстрировали эффективность препарата Назонекс® в уменьшении глазных симптомов при АР.

Назонекс® – эффективное и безопасное лекарственное средство для лечения круглогодичного и сезонного АР, которое может применяться как в качестве монотерапии, так и в сочетании с препаратом Эриус®.

...Киев – город каштанов, Ялта – город счастья, Одесса – город юмора, Париж – город влюбленных... По аналогии можно утверждать, что Судак – это самый «оториноларингологический» украинский город, в котором традиционно встречаются специалисты отрасли. В этом году одной из наиболее обсуждаемых тем в рамках проводимых мероприятий стала проблема заложенности носа. И хочется верить, что массив накопленных знаний и опыта позволит практическим врачам оптимизировать подходы к лечению заболеваний, симптомом которых является заложенность носа, и намного чаще говорить своим пациентам: «Дышите глубже!».

Подготовила Ольга Радучич

