

Диагностика и лечение хронических аллергических заболеваний ЛОР-органов: повод для размышления, пища для пытливого ума

По материалам ежегодной конференции Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов «Диагностика и лечение хронических заболеваний ЛОР-органов» (16-17 мая, г.Одесса)

Профессия врача подразумевает не только чистоту помыслов и действий, высокий уровень эмпатии, но и аналитический склад ума, способность к быстрому принятию правильных решений в сложных клинических ситуациях. Совокупность этих качеств можно назвать одним словом – профессионализм. На протяжении 2 дней в рамках насыщенной программы конференции, которая представляет собой одно из наиболее авторитетных научных медицинских мероприятий, участники имели уникальную возможность повысить свой профессиональный уровень, поделиться опытом диагностики и лечения оториноларингологической патологии различного генеза. Среди рассматриваемых тем – тактика ведения пациентов с риносинуситами, иммунодиагностика хронического тонзиллита, реабилитация детей после кохлеарной имплантации, опыт применения радиочастотной термоабляции у больных со злокачественными опухолями ЛОР-органов и др.



Заведующий кафедрой оториноларингологии Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава), доктор медицинских наук, профессор Сергей Борисович Безшапочный представил вниманию присутствующих современные научные данные относительно безопасности длительного применения топических кортикостероидов (КС).

– Актуальность применения КС обусловлена их выраженными лечебными свойствами. При ряде патологий (прежде всего аллергических риносинусопатиях) КС являются группой препаратов, без назначения которых невозможно эффективное лечение. С одной стороны, применение КС при хронических воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, ассоциирующихся с образованием полипов, в ряде случаев позволяет избежать хирургического вмешательства. С другой стороны, при необходимости проведения операции назначение КС в послеоперационный период позволяет предупредить рецидивы вторичных полипов.

! Следует подчеркнуть, что длительное применение КС возможно не только у взрослых пациентов, но и в педиатрической практике, если это обусловлено как доказанной безопасностью местного применения КС, так и минимальным риском системных эффектов (влияния на гормональный профиль, физическое развитие детей и др.).

Современный представитель этой группы препаратов – мометазона фураат (Назонекс, MSD) – отличается наиболее низким уровнем системной биодоступности, который составляет всего 0,1% (для сравнения: у флутиказона пропионата этот показатель равняется 0,42%, будесонида – 31%). В исследовании изучали влияние мометазона фураата в форме назального спрея на уровень кортизола в плазме крови у 56 пациентов в возрасте 2-6 лет с аллергическим ринитом, которые применяли препарат в дозе 100 мкг/сут. Оценка состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) производилась по содержанию сывороточного кортизола и свободного кортизола в 24-часовой порции мочи через 42 дня лечения.

Сделан вывод об отсутствии какого-либо воздействия мометазона фураата назального спрея на уровень кортизола плазмы крови у пациентов на протяжении периода лечения. Проведенные многочисленные долгосрочные и кратковременные исследования свидетельствуют, что применение мометазона фураата в форме назального спрея в стандартных и высоких суточных дозах (≥ 200 мкг) не оказывает отрицательного влияния на ГГНС у взрослых и детей.

В другой работе по данным назальной биопсии установлено, что мометазона фураат назальный спрей не вызывает развития назальной атрофии у пациентов с КАР в течение 1 года применения. Более того, терапия указанным препаратом приводит к уменьшению количества эозинофилов в слизистой оболочке в 2,6 раза по сравнению с их исходным содержанием и увеличивает количество лиц с полным отсутствием клеток воспаления в слизистой оболочке носа.

Еще одна публикация посвящена испытанию, в рамках которого мометазона фураат назальный спрей назначался детям (48 пациента) в возрасте 6-12 лет с аллергическим ринитом (АР) в дозе 50; 100 или 200 мкг 1 р/сут на протяжении 7 дней. Участники контрольной группы получали плацебо. Итоговые данные, полученные в ходе

исследования, продемонстрировали отсутствие влияния мометазона фураата назального спрея на уровень кортизола в плазме крови и моче. В ходе мультицентрового рандомизированного двойного слепого плацебо контролируемого исследования установлено, что ежедневное применение мометазона фураата назального спрея не оказывает негативного влияния на рост детей в течение длительного периода времени (1 год).

Мометазона фураат назальный спрей (Назонекс, MSD) представляет собой уникальный КС, который обеспечивает высокий уровень противовоспалительной и противоаллергической активности.



Заведующий кафедрой отоларингологии и детской отоларингологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Григорий Иванович Гарюк посвятил выступление основным аспектам оптимизации терапии больных АР с учетом патогенетических механизмов возникновения заболевания.

– Проблема АР – одна из самых актуальных в оториноларингологической практике. Лекарственные средства для назального применения широко применяются для лечения как АР, так и другой ЛОР-патологии. При длительном применении этих лекарственных форм следует учитывать их возможное влияние на различные показатели слизистой оболочки носа и придаточных пазух: температуру, кислотно-щелочное равновесие, осмолярность, что может усугублять течение АР. Следует помнить, что при данной патологии температура слизистой оболочки носа повышается, однако частота биения ресничек (ЧБР) и мукоцилиарный клиренс (МЦК) снижаются за счет деструктивного влияния воспаления, воздействия патогенных агентов, изменения свойств назального секрета. Оптимум ЧБР респираторного эпителия отмечается при pH 7-9. Незначительные сдвиги pH в щелочную сторону не влияют на ЧБР, в то время как даже небольшие изменения pH в кислую сторону резко снижают этот показатель.

Говоря о применении солевых растворов, необходимо отметить, что гипо- и гипертонические растворы отрицательно влияют на структуру эпителия и МЦК. Сильное повреждающее воздействие на слизистую оболочку носа оказывают консерванты, что проявляется токсическим воздействием на реснитчатый аппарат, необратимым снижением ЧБР и МЦК. Применение местных деконгестантов особенно неблагоприятно сказывается на ЧБР (вплоть до полной их остановки) и функции МЦК, что может обуславливать затяжное течение АР и других форм ринита.

В отношении местных вяжущих и антисептических средств показано, что после однократного эндоназального введения здоровым добровольцам 1% раствора протаргола время МЦК по сахарinovому тесту существенно замедляется. Следует помнить, что еще ряд препаратов (антибактериальные, антимикотические) могут ухудшать работу МЦК и снижать ЧБР.

Применение КС при АР позволяет добиться множественных терапевтических эффектов, которые проявляются противовоспалительным, противоаллергическим и противоотечным действием. При длительном назначении КС (Назонекс) способствует восстановлению структуры слизистой оболочки. Особенно ценным при лечении АР является свойство КС уменьшать количество и активность тучных клеток, выброс медиаторов воспаления.

В целом на основании существующих исследований можно заключить, что длительное местное лечение АР допустимо только для препаратов с доказанной безопасностью. Применение КС в качестве монотерапии или в сочетании с другими лекарственными средствами оказывает выраженный клинический эффект у пациентов с АР. При этом мометазона фураат в форме назального спрея (Назонекс, MSD) характеризуется высоким уровнем местной и системной безопасности.



Заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Пухлик рассказал о современных направлениях терапии АР согласно обновленным рекомендациям ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma).

– Международный консенсус по АР и бронхиальной астме был принят в 2007 г., дополнен в 2008 г. и пересмотрен в 2010 г. Важность рассматриваемой проблемы обусловлена высокой распространенностью АР, большим количеством случаев недиагностированного АР, который значительно ухудшает качество жизни пациентов.

Основными факторами риска АР являются различные аллергены и поллютанты. ARIA – современное международное руководство по терапии АР, базис для разработки локальных стандартов лечения больных АР и бронхиальной астмой. Такой подход обусловлен общностью патогенетических механизмов развития указанных патологий, в основе которых лежит системное воспаление. Классификация АР согласно ARIA (2008) подразумевает выделение двух форм – интермиттирующего АР, который длится менее 4 дней в нед или менее 4 нед и отличается мягким течением, и персистирующего АР, продолжающегося более 4 дней в нед или более 4 недель. Последний часто характеризуется среднетяжелым или тяжелым течением, приводящим к нарушению общего состояния больного (нарушению сна, повседневной активности и т. п.). В случае мягкого течения пошаговая терапия АР предусматривает назначение пероральных H₁-блокаторов и/или деконгестантов, или лейкотриеновых антагонистов (ЛА). При среднетяжелом интермиттирующем или мягком персистирующем течении рекомендуется применение пероральных либо интраназальных H₁-блокаторов и/или деконгестантов, КС, ЛА, кромонов. Тактика ведения пациентов со среднетяжелым персистирующим ринитом подразумевает в порядке предпочтения назначение КС на длительный период (его длительность определяется эффективностью терапии), затем H₁-блокаторов или ЛА с последующим осмотром пациента через 2-4 нед. При отсутствии эффекта от проведенного лечения осуществляются пересмотр диагноза, оценка комплайенса, исключение инфекций и др. В случае клинической необходимости возможно повышение дозы КС, при наличии ринореи – добавление ипратропия, выраженной заложенности носа – деконгестанта или КС (перорально).

Важно подчеркнуть, что среди H₁-блокаторов следует отдавать предпочтение препаратам нового поколения.

Проведение конференций высокого научного уровня с участием отечественных и зарубежных специалистов позволит значительно улучшить качество лечебно-диагностического процесса. Выбор лекарственного средства для терапии оториноларингологических заболеваний должен быть научно обоснованным с учетом индивидуальных особенностей пациента.

! Предпочтительным препаратом для длительной терапии АР является Назонекс (MSD), эффективность и безопасность применения которого доказаны в многочисленных исследованиях.