

Н.А. ПЕЛЕСЕНКО

ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. О.С. Коломийченко НАМН Украины»
(дир. – акад. НАМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)*

Общеизвестно, что среди заболеваний верхних дыхательных путей воспалительно-го характера, хронический риносинусит является наиболее распространенной патологией. По количественной оценке диагностических подходов и методов лечения хронический риносинусит (ХР) занимает одно из ведущих мест в отоларингологической практике и тесно связан с развитием патологических процессов инфекционного и аллергического характера в органах дыхания. Лечение хронических риносинуситов до сегодняшнего времени является актуальной проблемой ринологии, а частота возникновения при риносинуситах различных патологических процессов, в том числе и аллергических, в околоносовых пазухах и других отделах верхних дыхательных путей, особенно при малоэффективной терапии риносинуситов, акцентируют необходимость поиска новых подходов к повышению эффективности лечения данного заболевания за счет использования новых фармакологических средств с противовоспалительным и обезболивающим эффектами.

В научной литературе встречается достаточно много публикаций относительно различных аспектов воспаления слизистой оболочки полости носа, но проблема риносинусита все еще достаточно далека от решения как в вопросах патогенеза заболевания, так и методов его лечения. В основе развития многих заболеваний органов дыхательного тракта лежит воспалительный процесс. Проявления воспалительного процесса настолько разнообразны и многофункцио-

нальны, что учесть их в реальной практике очень сложно. Воспаление как верхних, так и нижних дыхательных путей близко по своему этиопатогенетическому развитию, который базируется на общности структуры, в частности слизистых оболочек.

Патогенез каждой формы воспаления при хроническом риносинусите имеет свои особенности, которые связаны с разным составом клеток, которые принимают участие в воспалительном процессе, и составом цитокинов, которые они выделяют. Воспаление, как типичный патологический процесс, проходит в своем развитии несколько этапов. Считается, что развитие воспалительного процесса в слизистой оболочке полости носа имеет от 3 до 6 этапов. На первом, который определяется как триггерный, различные раздражители влияют на эпителий слизистой оболочки, проходя через слой защитной слизи, и приводят к реактивному выбросу жидкости бокаловидными эпителиоцитами. Второй этап воспалительного процесса характеризуется освобождением из активированных клеток различных биологически активных веществ – цитокинов, хемокинов, ейказаноидов (простагландины и лейкотриены). На третьем этапе, который достаточно часто развивается параллельно со вторым, происходит активация молекул клеточной адгезии – таких как межклеточный медиатор, медиатор изменения адгезии сосудистых клеток и L-селектин. На четвертом этапе происходит активация клеток, выброс медиаторов (фактор активации тромбоцитов). Именно на

этом этапе воспаления происходит блокировка микроциркуляции и активируются протеолитические ферменты, продолжается усиленное образование лейкотриенов. Пятый этап – это собственно альтерация тканей, которая приводит к ряду изменений, характерных для воспаления в слизистой оболочке (гиперемия, отек и т.д.). Шестой этап является восстановительным, когда происходит удаление патологического агента. Происходит нормализация структуры слизистой оболочки и восстановление ее функциональных особенностей. В случаях недостаточной реактивности организма или механизма элиминации патогенеза воспаления, а также в случае неправильно проведенного лечения происходит переход острого процесса в хроническую форму.

Диагностика хронического риносинусита не считается сложной. Однако, учитывая фазы воспаления, при котором развивается данное заболевание, диагностические методы должны основываться на объективных и субъективных данных с использованием общелабораторных, микробиологических, иммунологических и инструментальных методов обследования. Наиболее частыми симптомами хронического риносинусита являются наличие отделяемого из полости носа (слизистого, слизисто-гнойного, гнойного), затрудненное носовое дыхание, головная боль, ухудшение общего самочувствия (общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность и т.д.). Именно головная боль, которая может носить достаточно выраженный характер, является постоянной, ноющей, может локализоваться на стороне развития патологического процесса, и заставляет пациента обращаться к врачу-оториноларингологу.

Методы лечения хронического риносинусита подразделяют на консервативные и хирургические. При лечении данной группы пациентов чаще используются консервативные методы лечения. Терапия хронического риносинусита начинается с исключения неблагоприятных факторов, которые могли его вызвать, а также с мероприятий, направленных на восстановление функции слизистой оболочки полости носа.

Современные рекомендации по лечению хронического риносинусита направле-

ны на все симптомы данного заболевания и включают в себя антибактериальные средства, местные деконгестанты и препараты для симптоматической терапии, а именно – обезболивающие и противовоспалительные средства. Выбор каждого лекарственного средства должен быть сделан с учетом фаз воспаления, препарат должен быть безопасным и эффективным. Консервативное лечение, прежде всего, должно принести облегчение состояния пациента эффективно и безопасно. В лечении хронического риносинусита важно быстро устранить такие симптомы, как заложенность носа и головная боль. Такими средствами являются нестероидные противовоспалительные препараты.

Механизм действия нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) связан с ингибированием фермента циклооксигеназы (ЦОГ), который катализирует реакцию превращения арахидоновой кислоты в простагландин H₂. Уменьшение выработки простагландинов, с одной стороны, обуславливает терапевтический эффект НПВП, а с другой стороны – является причиной развития побочных реакций (гастропатии, сердечно-сосудистые реакции).

Этот факт стимулирует ученых на разработку новых форм НПВП, которые имеют максимальную противоболевую и противовоспалительную активность при минимальном числе побочных реакций, и которые могут быть использованы в лечении воспалительных заболеваний ЛОР-органов.

Лорноксикам отличается выраженным анальгетическим и противовоспалительным эффектом, что позволяет его использовать для лечения хронического риносинусита. По обезболивающей активности 8 мг лорноксикама можно сравнить с 40 мг кеторолака, 100 мг трамадола и 20 мг морфина. При этом не возникает опиатоподобного действия, в связи с чем у пациентов не возникает медикаментозной зависимости. Данный НПВП имеет уникальный механизм действия, а именно: лорноксикам, кроме ингибирования синтеза простагландинов за счет угнетения ЦОГ, тормозит высвобождение свободных радикалов кислорода с активированных лейкоцитов, что усиливает его противовоспалительную и анальгетическую

активность. Активно стимулирует производство эндогенного динорфина и эндорфина, что является дополнительным физиологическим механизмом купирования боли любой интенсивности и локализации. Лорноксикам не угнетает синтез лейкотриенов. Оказывает влияние, в основном, на экссудативную и пролиферативную фазу воспаления. Именно поэтому лорноксикам, который представлен в Украине препаратом «Ларфикс» (LARFIX®), производства «Кусум Хелтхкер ПВТ ЛТД» (Индия) показан для лечения воспалительных заболеваний ЛОР-органов, а именно – в комплексной терапии хронического риносинусита.

В отделении воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Колосовича НАМН Украины» применяют препарат «Ларфикс» у пациентов с хроническим риносинуситом в комплексной терапии в дозе 8 мг (в зависимости от выраженности болевого синдрома) – 2 раза в сутки на протяжении 5-7 дней. Мы имеем 5-летний опыт применения НПВП группы лорноксикама, а именно препарата «Ларфикс» (LARFIX®) производства «Кусум Хелтхкер ПВТ ЛТД» (Ин-

дия). По нашим наблюдениям, правильное применение «Ларфикса» значительно ускоряет выздоровление пациентов, позволяет быстро, эффективно и безопасно уменьшить такой симптом, как головная боль, а также в короткие сроки устранить воспалительный процесс в околоносовых пазухах, значительно удлинить период ремиссии у данной группы пациентов. Во время использования «Ларфикса» у пациентов не было зафиксировано дополнительных побочных явлений, кроме тех, которые указаны в инструкции по применению.

Лечение хронического риносинусита остается, как и раньше, актуальной проблемой ринологии, а частота возникновения в околоносовых пазухах и других отделах верхних дыхательных путей при риносинуситах разных патологических процессов, в том числе и аллергических, особенно при недостаточно эффективной терапии, подчеркивает необходимость поиска новых подходов к повышению эффективности лечения данного заболевания за счет использования новых и безопасных фармакологических средств с противовоспалительным и обезболивающим действием.

Литература

1. Авксентюк А.В. Лорноксикам (ксефокам) – новый нестероидный противовоспалительный препарат с интенсивным и пролонгированным анальгетическим эффектом // *Международ. неврол. журнал.* – 2005. – № 3. – С. 39-44.
2. Головач І.Ю. Ефективність і безпечність лорноксикаму (ксефокаму) у лікуванні ревматичних захворювань суглобів // *Травма.* – 2013. – № 2(14). – С. 90-94.
3. Кремец К.Г. Лорноксикам: новые возможности противовоспалительной терапии в практике семейного врача и невролога // *Международ. неврол. журнал.* – 2013. – №1(55).
4. Лорноксикам. Новый обезболивающий и противовоспалительный препарат. Никомед Фарма. Монография по продукту, 1998.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: «Миклош», 2002. – 390 с.
6. Пухлік С.М. Риніти (лекція) // *Ринологія.* – 2004. – № 1. – С. 39-46.
7. Тарасова Г.Д. Возможности профилактики рецидивов хронического риносинусита // *Русский мед. журнал.* – 2007. – №1. – С.35-38.
8. Тишко Ф.О. Класифікація риніту // *Журн. вушних, носових і горлових хвороб.* – 2004. – № 5с. – С.50.
9. Barnes P.J. Нервные механизмы воспаления дыхательных путей / в кн.: *Рук-во по иммунофармакологии* (пер. с англ.). – М.: Медицина, 1998. – С. 216-224.
10. Jager L. Клиническая иммунология и аллергология. – М.: Медицина (пер. с нем.). – 1986. – Т.1. – 470 с.
11. Settupane RA. Demographics and epidemiology of allergic and nonallergic rhinitis // *Allergy Asthma Proc.* – 2001. – Vol. 22, №4. – P. 185-189.

1. Avksentyuk AV Lornoxicam (xefocam) – a new non-steroidal anti-inflammatory drug with intense and prolonged analgesic effect. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal*. 2005;(3):39-44. Russian.
2. Golovach IYu Efficacy and safety of lornoxicam (xefocam) in the treatment of rheumatic diseases of the joints. *Travma*. 2013;2(14):90-4. Ukrainian.
3. Kremenets KG Lornoxicam: new opportunities for anti-inflammatory therapy in the practice of a family doctor and neurologist. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal*. 2013;1(55). Russian.
4. Lornoxicam. New analgesic and anti-inflammatory drug. Nycomed Pharma. Product monograph. 1998. Russian.
5. Piskunov GZ, Piskunov SZ Clinical rhinology. Moscow;2002:390 p. Russian.
6. Pukhlik SM Rhinitis (lecture). *Rinologiya*. 2004;(1):39-46. Ukrainian.
7. Tarasova GD Possibilities of preventing recurrences of chronic rhinosinusitis // *Русский мед. журнал*. – 2007. – №1. – С.35-38.
8. Тишко Ф.О. Класифікація риніту // *Журн. вушних, носових і горлових хвороб*. – 2004. – № 5с. – С.50.
9. Barnes P.J. Первые механизмы воспаления дыхательных путей / в кн.: *Рук-во по иммунофармакологии* (пер. с англ.). – М.: Медицина, 1998. – С. 216-224.
10. Jager L. Клиническая иммунология и аллергология. – М.: Медицина (пер. с нем.). – 1986. – Т.1. – 470 с.
11. Settipane RA. Demographics and epidemiology of allergic and nonallergic rhinitis // *Allergy Asthma Proc* 2001 Jul-Aug;22(4):185-9.

Поступила в редакцию 27.11.17

© Н.А. Пелешенко, 2017