**Лекарственная терапия ринитов**

**В** подавляющем большинстве случаев практическим врачам приходится сталкиваться с аллергическими, инфекционными и вазомоторными ринитами.
Из медикаментозных средств, используемых в лечении АР, наиболее часто применяются антигистаминные препараты - блокаторы Н1-рецепторов. Эти препараты эффективны в отношении таких проявлений, как чихание, зуд, ринорея, но не снимают заложенности носа, обусловленной отеком слизистой. Н1-блокаторы последнего поколения не обладают седативным действием и прочими побочными эффектами, которые выражены у их предшественников. Препараты этой группы эффективнее при сезонных или эпизодических АР по сравнению с ринитами, персистирующими в течение всего года, т.к. в этих случаях, как правило, ведущим проявлением служит заложенность носа. В связи с этим, при ринитах, особенно круглогодичных аллергических и простудных, необходимо сочетание либо Н1-блокатора (например, лоратадина) либо препарата из группы нестероидных противовоспалительных средств (например, ибупрофена) с a-адреномиметиками.
a-Адреномиметики ограничивают приток крови к слизистой носа, снижая наполнение кавернозных синусов. Местное применение указанных препаратов, по сравнению с системным, быстрее и полнее снимает отек слизистой, однако при длительном (>7 дней) местном использовании a-адреномиметиков возможно развитие медикаментозного ринита, который, в свою очередь, проявляется стойкой заложенностью носа. К сожалению, в большинстве случаев требуется именно длительное применение препаратов.
Наиболее распространенные из системных противоотечных средств - псевдоэфедрин и фенилпропаноламин. Эти препараты не вызывают развития медикаментозного ринита, однако они могут обусловливить такие побочные эффекты, как бессонница и раздражительность. Индивидуальная переносимость a-адреномиметиков значительно варьирует. При превышении дозы могут развиваться гипертензия, инсульт, почечная недостаточность, аритмия, психоз, судороги, невротические реакции. Особенно важно корректировать дозу с учетом возраста. Так, обычная доза псевдоэфедрина, принимаемая каждые 6 ч, составляет 15 мг для детей 2-5 лет, 30 мг - для детей от 6 до 12 лет и 60 мг - для взрослых. Сходная фармакокинетика присуща и фенилпропаноламину. Проявления побочных эффектов следует ожидать прежде всего у лиц с глаукомой, нарушениями ритма сердца, гипертензией, нарушениями моторики желудочно-кишечного тракта.
Кромолин, антиаллергический аэрозоль для носа, зарекомендовал себя как эффективный в отношении АР препарат, обладающий минимальными побочными эффектами, свойственными антиаллергическим средствам в целом. Хотя имеются данные об угнетающем действии кромолина на тучные клетки, механизм действия этого препарата остается неясным. По эффективности кромолин сопоставим с антигистаминными препаратами, но уступает стероидам для местного применения. Показано профилактическое (до развития симптомов поллиноза) использование кромолина. Препарат вводится интраназально при помощи ингалятора; доза на одну инсуфляцию составляет 5.2 мг. Как правило, рекомендуется по 2 инсуфляции в каждый носовой ход 4-6 раз в день.
Наиболее мощное фармакологическое средство, применяемое для лечения АР - глюкокортикоиды. Преимущество местного использования этих препаратов заключается в отсутствии системных побочных реакций; эффективность при этом сохраняется.
Эффективность глюкокортикоидов при АР нельзя вполне обосновать каким-либо из известных на сегодняшний день свойств этих препаратов. Причем доза гормонов, эффективная при местном применении, не оказывает какого-либо заметного действия при приеме через рот. Если у пациентов с АР, получающих местно глюкокортикоиды, отмечаются также какие-либо аллергические проявления со стороны глаз, это может потребовать назначения дополнительных препаратов.
Через несколько недель интраназального применения гормонов необходимо осмотреть слизистую носа на предмет лекарственного или механического раздражения. Отсутствие каких-либо патологических изменений с большой вероятностью свидтельствует о том, что пациент хорошо перенесет длительный курс лечения. Во всех случаях необходимо стремиться к тому, чтобы установить минимальные дозы гормонов, позволяющие контролировать клинические проявления АР. Доза препарата может быть изменена в соответствии с меняющейся антигенной нагрузкой. При правильном использовании местной гормональной терапии выраженный эффект отмечается более, чем у 90% пациентов с АР.
К системному назначению гормонов прибегают у пациентов с повышенным образованием корок, при полной обструкции носовых ходов и/или выраженных нарушениях сна. В подобных ситуациях рекомендуется короткий крус глюкокортикостероидов per os, например, назначение преднизолона в дозе 30 мг/сут в течение 3 дней, затем 20 мг/сут еще на 3 дня и, наконец, в течение 3 последних дней курса преднизолон назначают в дозе 10 мг/сут.
Однако круглогодичное системное применение гормонов для лечения полиноза не рекомендуется. Риск развития системных побочных проявлений при инъекциях стероидов длительного действия - в течение года или даже 6 месяцев из-за их кумулятивных свойств сопоставим с таковым при сезонном применении гормонов в течение 20-30 лет.
Интраназальные инъекции глюкокортикоидов, приводившие в отдельных случаях к потере зрения, имеют ограниченное значение в лечении полипов носа, но не используются при АР.
Ипратропиума бромид, антихолинергический препарат для интраназального введния, недостаточно эффективен при АР, так как контролирует секрецию воды, которая не играет решающей роли в патогенезе клинических проявлений заболевания. Однако, согласно результатам некоторых клинических исследований, комбинирование этого препарата с Н1-блокаторами и стероидами для местного применения представляется весьма оправданным.
Многие пациенты используют физиологический раствор в виде аэрозоля, что снижает образование корок и смягчает слизистую носа.
Потенциально эффективной может быть блокировка активности лейкотриенов, как это было показано при астме. В одном из исследований, посвященных анализу эффективности антагониста лейкотриена D4, удалось показать, что этот препарат способствует уменьшению ринореи, чихания и заложенности носа.
Иммунотерапия была первым эффективным терапевтическим приемом при АР. При этом использовались инъекции специфических аллергенов, что повышало порог развития клинических проявлений. В отличие от фармакотерапии этот подход требует тщательной оценки индивидуальной чувствительности к аллергену. Эффективность иммунотерапии начинает проявляться лишь спустя месяцы после начала лечения, что многократно перекрывает аналогичные показатели для любого фармакологического препарата. Иммунотерапия связана с риском развития жизнеугрожающих системных осложнений, поэтому применение этого метода возможно только при наличии у врача соответствующего опыта и должно быть ограничено лишь теми случаями, когда более простые средства оказываются неэффективными.

**Литература:**

Rhinitis and Inhalant Allergens JAMA 1997; Vol. 278; No.22