

«ВНУТРЕННИЙ НАСМОРК» И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭТОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ

Васильев Ю.В.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Васильев Юрий Васильевич

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д.86

E-mail: gastroenter@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

В статье отражены вопросы патогенеза, диагностики и лечения пациентов с ГЭРБ и синуситом.

Ключевые слова: ринит; синусит.

SUMMARY

The article observes the main up to date pathogenesis, diagnostics and treatment of patients with GERD and postnasal drip syndrome.

Keywords: rhinitis; sinusitis; PPI.

В настоящее время под «внутренним насморком» чаще всего подразумевается ринит (насморк) — воспаление слизистой оболочки носа. Различные этиологические факторы (аллергический, неаллергический, эозинофильный, вазомоторный), ассоциируемые с влиянием различных раздражающих веществ, — наиболее частая причина возникновения внутреннего насморка различной этиологии. Наиболее часто внутренний насморк (ринит) приводит к появлению хронического кашля у людей взрослого возраста. Развитие хронического ринита обычно связано с трофическими и дисциркуляторными нарушениями слизистой оболочки полости носа, к которым приводят воспалительные заболевания общего типа (при различных инфекциях) и местного типа (сужение или обтурация аденоидами, воспаление околоносовых пазух и др.). Значительную роль в этиологии хронического ринита «играет» злоупотребление сосудосуживающими препаратами. В возникновении нейровегетативной формы ринита имеют значение органические и функциональные изменения нервной системы, часто подбугорной области (гипоталамуса), расстройства эндокринной системы.

Острая респираторная инфекция вначале распространяется на риноглотку и гортань, что приводит к воспалению слизистой оболочки этих органов, затем к воспалению слизистой оболочки трахеи и бронхов. Возможно появление жжения за грудиной.

При воспалительных изменениях слизистой оболочки бронхов возникает кашель, который может быть непродуктивным (сухим) или продуктивным (с мокротой). Иногда кашель проявляется с чувством нехватки воздуха. Чаще всего трахеобронхит и бронхит — следствие вирусного патологического действия, поражающего слизистую оболочку. В этих случаях в лечении больных нецелесообразно использовать антибиотики: антибиотики не оказывают существенного влияния на вирусную инфекцию. Однако антибиотики показаны при бактериальном бронхите, возникновение которого возможно на фоне заражения больных гриппом при инфекционном ослаблении организма больных, когда создаются условия для патологического действия бактерий.

Синусит. Нередко под термином «внутренний насморк» подразумевается не только «ринит» (собственно насморк), но и более общий термин «синусит», используемый для обозначения воспаления слизистой оболочки, выстилающей придаточные полости (синусы) носа — гайморовой (гайморит), лобной (фронтит), решетчатой (эмоидит). Очевидно, это обусловлено относительно редким воспалением слизистой оболочки только полости носа. Синусит — одно из самых распространенных заболеваний, частота которого в последние 20 лет увеличилась в 2,5 раза. У 30–60% больных «внутренний насморк» обусловлен синуситом. Синусит чаще развивается

у женщин по сравнению с мужчинам, а также чаще у социально более обеспеченных слоев населения. При отсутствии адекватного лечения больных длительность течения хронического синусита продолжается 3–4 месяца и более.

Причиной развития хронического насморка может быть реакция организма на присутствие грибков на слизистой оболочке носовой полости. Грибки высеиваются со слизистой оболочки носа как у страдающих хроническим эозинофильным насморком, так и здоровых лиц. Эти грибки, вероятно, являются обычной микрофлорой, но у лиц, склонных к развитию хронического ринита или синусита, они могут вызывать воспалительные изменения слизистой оболочки. Грибки могут выявляться сразу после того, как появится прямой контакт человека с воздушной средой, где они присутствуют и не сохраняются на слизистой оболочке длительно в самом раннем возрасте. Однако уже к 5 месяцам частота обнаружения грибков на слизистой оболочке носа достигает той, что обнаруживается у больных пожилого возраста.

Для обозначения сочетанного воспаления слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, значительно снижающего качество жизни людей, иногда выделяется «**риносинусит**». При развитии этого заболевания возникает заложенность носа, вначале появляются умеренные гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку (у части больных эти выделения отсутствуют), поднимается температура тела до 37–37,5 градуса, возникают боль и умеренная болезненность при пальпации головы в проекции локализации синусов, головная боль, гипоксия; возможна иррадиация боли в зубы и уши, недомогание. На рентгенограммах околоносовых пазух (синусов) определяются некоторое утолщение слизистой оболочки и умеренное затемнение или уровень жидкости в отдельных синусах.

При тяжелом течении риносинусита значительно усиливается заложенность носа, возникают более частые и обильные гнойные выделения из носа и непосредственно в ротоглотку, поднимается температура до 38 градусов и выше, появляется сильная головная боль, значительно усиливающаяся при пальпации головы в проекции синусов, появляется выраженная слабость; на рентгенограммах синусов изменяется толщина слизистой оболочки, выявляются выраженное затемнение и/или уровень жидкости более чем в двух синусах; в общем анализе крови определяются повышенный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, возрастание СОЭ. Возможно появление внутричерепных осложнений.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое, как правило, постепенно прогрессирующее заболевание, в основе появления которого лежат различные факторы (нарушение моторики пищевода и желудка, продолжительно, периодически возникающее воздействие желудочного и дуоденального содержимого на слизистую пищевода, нервно-трофические и гуморальные

нарушения), приводящие к возникновению воспалительно-дегенеративных поражений пищевода [1; 2]. ГЭРБ — одно из распространенных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, включая пищевод, частота которого возрастает по мере увеличения возраста больных.

Клинические симптомы ГЭРБ: 1) основные (изжога, боль за грудиной, регургитация, дисфагия); 2) ассоциируемые с замедлением моторики и/или с повышенной гиперчувствительностью желудка к растяжению (чувство быстрого насыщения, тяжести, переполнения, вздутия, возникающих в эпигастриальной области в конце или после приема пищи); 3) внепищеводные (атипичные) симптомы, которые часто недооцениваются. В настоящее время среди внепищеводных проявлений выделяются орофациальные, стоматологические, ларингофагеальные, бронхолегочные и кардиальные проявления. Регургитация содержимого желудка в пищевод — основная причина их возникновения.

Одна из существенных особенностей ГЭРБ — наиболее часто ГЭРБ «протекает» в эндоскопически «негативной стадии» (в 50–60% случаев), у части больных — с развитием атипичных (внепищеводных) симптомов, нередко значительно ухудшающих качество жизни больных. Клинические проявления сопутствующих заболеваний нередко затушевывают клинические проявления ГЭРБ. Возможно, поэтому при обследовании больных довольно часто ГЭРБ своевременно не выявляется. Другая особенность течения этого заболевания — у значительной части больных течение ГЭРБ связано с респираторной симптоматикой. Основные респираторные проявления ГЭРБ — прежде всего более или менее часто возникающий кашель, свистящее дыхание, преимущественно возникающее по ночам, часто более заметное окружающим лицам, чем непосредственно больным, реже появляющаяся гипервентиляция, ларингоспазм, а также возникающие эпизоды апноэ и/или чувство сдавления в области яремных вен. Все больные ГЭРБ в стадии рефлюкс-эзофита подвержены повышенному риску развития различных заболеваний придаточных пазух носа, гортани, трахеи и легких.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Тщательное выявление и анализ симптомов и анамнеза ГЭРБ и сопутствующих заболеваний, а также результатов физикального обследования больных позволяет, с одной стороны, выявить возможные и сопутствующие заболевания, при которых имеются те или иные похожие (аналогичные) симптомы, а также выбрать оптимальный и необходимый порядок для дообследования больных и даже провести дифференциальную диагностику. В случае необходимости в обследовании больных

возможно использование таких методов, как определение общего анализа крови, мочи, исследования мокроты, традиционно проводимых в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях России, а также проведение рентгенографии легких, УЗИ, компьютерной томографии, эзофагогастро-дуоденоскопии, исследования функции дыхания.

Высокий уровень рефлюксных симптомов связан с персистенцией респираторных нарушений. Следует иметь в виду, что симптоматика гастроэзофагеального рефлюкса может усиливаться на фоне лечения больных некоторыми лекарственными препаратами (например, теофиллинами).

Кашель — один из наиболее частых симптомов различных заболеваний, нередко нарушающих качество жизни больных и вынуждающих их обращаться к врачам за медицинской помощью. Известны различные интерпретации (определения) кашля, в значительной степени зависящие от того, что положено в определение кашля. В частности, согласно одному из таких определений, кашель — сильный и быстрый выдох, результатом которого является очищение трахеи бронхиального «дерева» от слизи и инородных тел. Согласно другому определению, кашель — рефлекторный акт, обеспечивающий очищение дыхательных путей при воспалительных изменениях гортани, бронхов и легких, возникших при различных заболеваниях (в частности, при бронхиальной астме, пневмонии, туберкулезе и других заболеваниях), прежде всего в тех случаях, когда для очищения верхних дыхательных путей лишь одной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки явно недостаточно.

Этиопатогенетические аспекты развития хронического кашля. Хронический кашель может быть одним из проявлений различных заболеваний. Среди основных, вероятных факторов, способствующих появлению острого кашля, часто переходящего в хронический кашель, известны следующие факторы: 1) инфекционного происхождения (острая респираторная инфекция, острый бронхит, коклюш, пневмония и плеврит); 2) токсического и/или механического происхождения (ингаляция токсических веществ, аспирация: инородное тело бронха); 3) бронхолегочного происхождения (хронический бронхит, бронхиальная астма, бронхоэктазии, инфильтрация дыхательных путей при раке легкого, карциноиде, саркоидозе, туберкулезе, интерстициальном заболевании легких или абсцессе легкого); 4) внелегочного происхождения, частота которых может быть различной (болезни сердца и аорты: сердечная недостаточность, ГЭРБ, синусит, лекарственный и невротический кашель, а также сдавление трахеи и бронхов аневризмой аорты, увеличенными лимфатическими узлами или опухолью средостения). Возможные факторы, способствующие возникновению и прогрессированию кашля: профессионально-бытовые вредности (контакты с раздражающими веществами, включая табакокурение), предшествующая инфекция

верхних дыхательных путей, признаки аллергии (лекарственная, пищевая), выделения из носа, изжога и отрыжка, заболевания сердца, внелегочные злокачественные опухоли, лихорадка, отделение мокроты, прием некоторых лекарственных препаратов (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, НПВП). Возникновение кашля возможно также при попадании в дыхательные пути частиц пыли, едких газов, табачного дыма, жидкостей и т. д.

Возникновение кашля возможно и при «раздражении» так называемых «кашлевых» рецепторов механическими, химическими, термическими и воспалительными факторами. В частности, появление отека, гиперемии и/или экссудата свидетельствует о наличии воспалительных изменений слизистой оболочки бронхиального дерева. Причина таких патологических изменений слизистой оболочки может быть связана как непосредственно с поражением слизистой оболочки дыхательных путей при ларингите, бронхите и бронхоите, так и с поражением альвеол при пневмонии или абсцессе легкого. Нередко возникновение кашля обусловлено механическим воздействием, сдавлением и/или повышением тонуса дыхательных путей, способствующих нарушению их проходимости, или вдыханием с воздухом мельчайших частиц, например пыли. Бронхогенные опухоли, гранулематоз внутренней части бронхов, а также инородные тела — факторы, возникающие внутри дыхательных путей, также приводящие к нарушению их проходимости. Механическое сдавление дыхательных путей может быть вызвано и различными опухолями средостения и легких, аневризмой аорты, гранулемами, т. е. патологическими факторами, возникающими вне дыхательных путей.

Очевидно, кашель с физиологической точки зрения — защитно-приспособительная реакция организма человека, направленная на восстановление проходимости дыхательных путей, обеспечивающая удаление из дыхательных путей раздражающих веществ эндогенного (слизь, мокрота, гной) и экзогенного (инородные тела, пыльца и др.) происхождения.

Клинические проявления кашля. Кашель является одним из частых симптомов различных заболеваний. Обычно поводом обращения больных к врачу является мучительный характер кашля, нарушающий качество жизни больных или появление наряду с кашлем других симптомов, беспокоящих больных. Хронический кашель нередко беспокоит ночью больных с обструктивным бронхитом. Сравнительно часто кашель расценивается как «легочный» симптом, поэтому обычно обследование больных начинается с выяснения состояния легких. Однако кашель может быть проявлением заболеваний не только бронхолегочной системы, но и заболеваний сердца, околоносовых пазух, желудка и некоторых других состояний.

Синусит — одна из основных причин развития кашля наряду с ГЭРБ и ринитом. У людей с

хроническим кашлем синусит встречается значительно чаще, чем предполагали ранее: почти в 90% случаев хронический кашель может быть связан с синуситом и затеком слизи. При воспалении слизистой оболочки околоносовых синусов слизь в большом количестве стекает из носа по задней стенке глотки, постепенно смещается в нижние отделы глотки, гортань и бронхи, что приводит к раздражению слизистой оболочки гортани и бронхов и соответственно к появлению кашля. Для кашля при рините и/или синусите наряду с отделяемой слизью характерно появление у части больных свистящего дыхания, иногда сопровождающегося одышкой. Больных особенно беспокоят выделяемое содержимое из глотки и неприятные ощущения в глотке, вынуждающие больных постоянно откашливаться.

При осмотре больных, обратившихся к врачу по поводу кашля, необходимо выявить или исключить симптомы, считающиеся характерными для ГЭРБ, заболеваний придаточных пазух носа, проявлений бронхиальной обструкции и инфекции верхних и нижних дыхательных путей, острых респираторных вирусных инфекций, дыхательной и/или сердечной недостаточности, «респираторной» аллергии, вегетативной дисфункции и соматоформных невротических расстройств. Выяснение симптомов и анамнеза заболевания, физикальное обследование больных, рентгенография и/или компьютерная томография для обследования околоносовых и лобных пазух, а также лабораторное обследование больных с определением анализов крови, мочи и кала, а также выделяемого из околоносовых пазух в большей или в меньшей степени определяются состоянием больных.

В последние несколько лет при длительности течения кашля более трех недель кашель стал считаться хроническим. Для повышения эффективности обследования и лечения больных хроническим кашлем целесообразно в необходимых случаях обследовать и отоларингологом, включая проведение больным риноскопии и/или компьютерной томографии околоносовых синусов.

Синдром «постназального затекания» (nasal drip syndrom) объединяет клинические ситуации, характеризующиеся воспалительным процессом верхних дыхательных путей (носоглотка, нос, околоносовые пазухи), при которых отделяемое из носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево [3]. При обследовании больных, которых беспокоят частые выделения из носа, вынуждающие их периодически очищать носоглотку и вытирать нос, необходимо проводить дифференциальную диагностику хронического бронхита с синдромом «постназального затекания». Выявление кашля, являющегося проявлением невротического соматоформного расстройства, вынуждает врачей детально учитывать особенности проявления кашля. Для такого кашля характерна непродуктивность, нередко возникающая в так называемых «нестандартных» для больного ситуациях (чтение лекций,

проведение занятий, выступления на митингах и т. д.). При обследовании больных нередко возникает подозрение на заболевание легких (бронхиальную астму, хронический бронхит и др.) или сердечно-сосудистой системы, что приводит к проведению ненужных для конкретных больных, нередко дополнительных обследований и соответственно к увеличению стоимости обследования этих больных. К тому же поиск причины развития кашля нередко усиливает невротические и тревожные проявления у этих больных. Назначаемое при этом больным лекарственное лечение (нитраты, бронхолитики и др.), а также применение в лечении противокашлевых средств нередко оказывается неэффективным. В подобных случаях для выявления невротического соматоформного расстройства у конкретных больных с персистирующим кашлем неясного происхождения существенное значение имеет тщательный анализ симптомов и анамнеза заболевания. Наличие основного клинического проявления в виде «дыхательного» дискомфорта (затрудненный вдох, который больные нередко путают с одышкой, нехватка воздуха, иногда чувство удушья), а также тесная, неудобная одежда, душные помещения — факторы, ухудшающие состояние больных: больные часто зевают и глубоко вдыхают, что приводит к развитию гипокании, сопровождающейся головокружением, внезапной слабостью, возникновением обмороков и/или судорог. Возможно появление кардиалгии (боли в области сердца, нарушения ритма), чувства тревоги и страха, а также других симптомов вегетативной дисфункции.

ГЭРБ и хронический кашель. Кашель является одним из частых внепищеводных симптомов ГЭРБ. При физикальном обследовании больных, которых беспокоит кашель, целесообразно обратить внимание на возможные диагностические признаки, которые принято расценивать в качестве признаков, свидетельствующих о наличии у конкретных больных острой респираторной вирусной инфекции и/или инфекции верхних и нижних дыхательных путей, бронхиальной обструкции,

В последние годы кашель все чаще рассматривается не только как проявление бронхолегочных заболеваний, но и заболеваний, у части больных связанных как с поражением сердечно-сосудистой системы, так и с одним из проявлений ГЭРБ — внепищеводными (атипичными) симптомами этого заболевания. По нашим наблюдениям, у больных ГЭРБ в стадии рефлюкс-эзофагита, по данным спирометрии, отмечается повышенный кашлевой «ответ» на раздражение бронхов, даже при отсутствии симптомов, свидетельствующих о наличии дыхательных нарушений.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо помнить, что к бронхолегочным проявлениям ГЭРБ обычно относят хронический кашель, который, однако, может быть проявлением и других заболеваний ГЭРБ, что в определенной степени подтверждает их взаимную связь. ГЭРБ и гиперреактивность бронхов сочетаются независимо друг от друга, по-видимому, вследствие наличия различных нарушений, лежащих в основе появления симптомов, считающихся характерными для нарушений состояния пищеварительной и дыхательной систем [4], дыхательной и/или сердечной недостаточности, респираторной аллергии и атопии, а также признаков поражения придаточных пазух носа, вегетативной дисфункции и соматоформных невротических расстройств.

У больных ГЭРБ в стадии эзофагита и клинических симптомов этого заболевания (при исключении у этих больных заболеваний органов дыхания, табакокурения и употребления лекарств, раздражающих слизистую оболочку пищевода) обычно имеется снижение кашлевого «порога». Этот факт ассоциируется с воспалением слизистой оболочки, преимущественно гортани, и с рефлюксом желудочного содержимого в пищевод, не связанным с выраженностью эзофагита. Бронхолегочные проявления ГЭРБ возможны при ночном апноэ, хронической рецидивирующей и аспирационной пневмонии, легочном фиброзе и ателектазе легкого, бронхиальной астме и злокачественных опухолях глотки и легких.

Лечение больных. При диагностическом обследовании больных ГЭРБ с внепищеводными симптомами выявление патологического желудочно-пищеводного рефлюкса помогает выбрать оптимальную схему лекарственного лечения больных, а по результатам проксимального рН-мониторирования пищевода решить вопрос о целесообразности наряду с ингибиторами протонного насоса дополнительного использования в лечении больных прокинетики. Одни из препаратов, который целесообразно использовать в комплексной терапии ГЭРБ или язвенной болезни при лечении больных, у которых наряду с диспепсическими симптомами, считающимися характерными для этих заболеваний, имеются также острые и психические психозы, является **просульпин (prosulpin)**. Этот препарат обладает антипсихотическим эффектом посредством блокады дофаминовых рецепторов. В небольших дозах просульпин, действуя на уровне центральных дофаминергических рецепторов, оказывает растормаживающее действие. В дозах свыше 600 мг/сут редуцирует продуктивную симптоматику (антипсихотический эффект). Показания к применению просульпина: острые и психические психозы (заторможенность, бред, спутанность сознания, агроматизм, абулия, шизофрения (психическое заболевание с так называемыми «невротическими проявлениями», бредом, галлюцинациями и другими невротическими состояниями).

Проведение кислотосупрессивной терапии [1; 2] заметно уменьшает тяжесть клинических проявлений у больных, страдающих кислотозависимыми заболеваниями, в том числе и ГЭРБ с внепищеводными симптомами, у которых респираторные симптомы разрешаются при проведении им длительной рутинной кислотоподавляющей терапии. Это свидетельствует о существенной роли кислотного гастроэзофагеального рефлюкса в развитии кислотозависимых заболеваний у таких больных.

Предпочтение среди лекарственных препаратов, используемых в терапии кислотозависимых заболеваний, в том числе и в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, отдается ингибиторам протонного насоса. Наибольшее распространение среди препаратов этого класса в нашей стране и за рубежом в терапии кислотозависимых заболеваний получили омепразол и его дженерики (копии). Эффективность этого препарата и относительно небольшая финансовая стоимость — существенные факторы, способствующие его широкому использованию в виде монотерапии или в составе комплексной терапии кислотозависимых заболеваний.

В последнее время вызывает определенный интерес новый лекарственный препарат — **цисагаст**, относящийся к классу ингибиторов протонного насоса, эффективным действующим веществом которого является омепразол. Цисагаст (омепразол) можно эффективно использовать в терапии ГЭРБ в различных ее стадиях ГЭРБ, в том числе и в терапии ГЭРБ, сочетающейся с заболеваниями, симптомы которых дифференцированно рассматриваются в качестве внепищеводных симптомов ГЭРБ, среди которых выделяются орофациальные, стоматологические, ларингофагеальные, бронхолегочные и кардиальные (кардиалгии) симптомы. Кроме того, цисагаст целесообразно использовать и в следующих случаях: 1) в комплексной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциируемой с микроорганизмом *Helicobacter pylori* (Hр), в том числе и для профилактики рецидивов, а также в виде монотерапии эзофагита, непосредственно не связанного с ГЭРБ; 2) в терапии так называемой «идиопатической» язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, не связанной с этим микроорганизмом; 3) в лечении больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциируемых с нестероидными противовоспалительными препаратами.

Цисагаст (омепразол) выпускается в виде капсул по 10, 20 и 40 мг. В лечении больных цисагаст может быть использован по 20 мг 2 раза в сутки или по 40 мг — один раз в сутки. Цисагаст 10 мг может применяться «по требованию» для устранения изжоги (жжения) и боли за грудиной, ассоциируемых с ГЭРБ. Лечение больных цисагастом приводит не только к уменьшению частоты и выраженности «дыхательных» и «желудочно-пищеводных» симптомов, но и к нормализации кашлевого «порога».

Острый ринит нередко разрешается без антибактериальной терапии. Антибиотики следует использовать в лечении больных при наличии симптомов, длительно беспокоящих больных. В качестве препаратов первой линии показаны левофлоксацин, кларитромицин или цефуроксин. Целесообразно проводить лечение больных и достаточно известными, проверенными препаратами (амоксциллин, доксициллин). Назначение антибиотиков больным ринитом может быть рациональным при лечении больных с острым гнойным ринитом, однако антибактериальная терапия также может принести и вред — расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта. Многим больным с неосложненным острым синуситом хорошо помогают лекарственные препараты, снижающие отек слизистой оболочки; паровые ингаляции также дают хорошие результаты.

Для проведения профилактики хронических заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов, в частности, для профилактики ринита, синусита, бронхита и других заболеваний, показано использование препарата ИРС 19, в том числе и для терапии острого синусита, терапии обострений хронического ринита и хронического синусита.

Один из вариантов разновидности ринита — аллергический ринит. Это одно из распространенных заболеваний, возникновение которого в 80% случаев начинается в возрасте до 20 лет. Нередко аллергический ринит рассматривается в качестве возможного фактора риска развития бронхиальной астмы. Консервативная терапия при аллергическом рините проводится по всем принципам лечения любого аллергического заболевания. При этом лечение больных направлено на устранение факторов, провоцирующих появление аллергических проявлений. В лечении больных показано использование специфической иммунной терапии. Препарат «Зиртек» рекомендуется для терапии аллергических ринитов и конъюнктивитов.

Синусит сложно не только выявить, но и вылечить больных, страдающих этим заболеванием. Успешное лечение больных с синуситом возможно у части больных и без применения антибиотиков. Антибиотики показаны больным со средней и тяжелой формой заболевания, а также при осложненной форме синусита. Высокий уровень рефлюксных симптомов обусловлен персистенцией респираторных нарушений [5]. Для эффективного лечения больных с синуситом в ряде случаев приходится использовать преднизолон, противогрибковые спреи, а также хирургические методы. При отсутствии эффекта следует уточнить достоверность поставленного до лечения больных диагноза и уточнить вариант необходимого лечения больных. При наличии сопутствующей ГЭРБ целесообразно в лечении больных дополнительно применять в терапевтических дозах антагонисты гистаминовых H₂-рецепторов или, что более эффективно, ингибиторы протонного насоса (например, цисагаст по 20 мг утром и перед ужином за 30–40 минут до приема пищи в сочетании с прокинетики в течение 3–4 месяцев). Следует заметить, что такой порядок приема ингибиторов протонного насоса в сочетании с прокинетики в качестве дополнительной терапии показан больным во всех случаях при лечении больных ГЭРБ с внепищеводными симптомами, свидетельствующими о наличии у этих больных тех или иных сопутствующих заболеваний. У большинства больных ГЭРБ с внепищеводными проявлениями респираторные симптомы разрешаются при длительной рутинной антисекреторной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю.В. Бронхиальная астма, сочетающаяся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Леч. врач. — 2004. — № 3. — С. 58–64.
2. Васильев Ю.В. Ингибиторы протонного насоса // Леч. врач. — 2007. — № 1. — С. 71–76.
3. Княжеская Н.П., Потапова М.О. Диагностика, классификация и принципы лечения бронхиальной астмы с учетом современных рекомендаций GINA-2002. // Трудный пациент. — 2003. — Т. 1, № 3. — С. 3–10.
4. Kenedy T., Jones R.H., Hungin A.P. et al. Irritable bowel syndrome, gastroesophageal reflux, and bronchial hyper-responsiveness in the general population // Gut. — 1998. — Vol. 43. — P. 770–774.
5. Jaspersen D., Labenz J., Willch S.M.N. et al. Long-term clinical course of esophageal manifestations in patients with gastroesophageal reflux disease / A prospective followup analysis based on the ProGERD study // Dig. Liver Dis. — 2006. — Vol. 38. — P. 233–238.
6. Sahvioli B., Btlmonte B., Stanoghellini V. et al. Gastroesophageal reflux and interstitial lung disease // Dig. Liver. — 2006. — Vol. 38. — P. 879–884.
7. Schnatz P.F., Castell J.A., Castell D.O. Pulmonary symptoms associated with gastroesophageal reflux: use of ambulatory pH monitoring to diagnose and to direct therapy // Am. J. Gastroenterol. — 1996. — Vol. 91. — P. 1715–1719.
8. Nakase H.M., Itani T., Minura J. et al. Relationship between asthma and gastroesophageal reflux: significance of endoscopic grade of reflux esophagitis in adult asthmaticus. // J. Gastroenterol. Hepatol. — 1999. — Vol. 14. — P. 711–722.
9. Wong C.H., Chua C.J., Liam C.K. et al. Gastroesophageal reflux disease in “difficult-to-control asthma: Prevalence and response to treatment with asyd suppressive therapy // Alim. Pharmacol. Ther. — 2006. — Vol. 23. — P. 1321–1327.