



**O'ZBEKISTON VRACHLAR  
ASSOTSIATSIYASINING  
UMUMIY AMALIYOT VRACHLAR BO'LIMI**

---

# **O'ZBEKISTON UMUMIY AMALIYOT VRACHLARI AXBOROTNOMASI**

**№ 1**

**Toshkent 2022**

# O'ZBEKISTON UMUMIY AMALIYOT VRACHLARI AXBOROTNOMASI

## **BOSH MUHARRIR:**

Shayxova H.E. professor, t.f.d.

## **TAHRIR HAY'ATI:**

Adilova B.T. - (bosh muharrir o'rinbosari)

Abduraximov Z.A. – t.f.d.

Dadabayeva R.K. – dotsent, t.f.n.

Zohidova M. Z. – professor, t.f.d.

Narmuhamedova N.A. - dotsent, t.f.d.

Rustamova M.T. – professor, t.f.d.

Mirahmedova X.T. dotsent, t.f.d. (kotib)

## **TAHRIRIYAT KENGASHI :**

Xasanova D.A. - dotsent, f.f.n.

Maxkamova G. G. - dotsent, t.f.n.

Jarylkasynova G.J.- dotsent, t.f.n.

Xusinova Sh.A.- dotsent, t.f.n.

Nazarova G.U. – dotsent, t.f.n.

Xo'janova T.R. – dotsent, t.f.n.

## **Nashrga mas'ul xodim:**

t.f.d., Miraxmedova X.T.

## **Dizayn, kompyuterda teruvchi:**

Abdusalomov A.A.

Jumal O'zbekiston matbuot va axborot agentligida 2012 yil  
20 noyabrda ro'yhatdan o'tgan  
Guvohnoma Ne 2 0823.

**Tahririyat manzili:** 100007,  
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,  
51-uy.

**Tel.:** +998 71 268-08-17

**E-mail:** info@avuz.uz

**Veb - sayt:** www. avuz. uz

**ISSN 2181-4864**

**Ta'sischi:** © O'zbekiston vrachlar assotsiatsiyasi



43

вақтларида ёрдам кўрсатиш; дори-дармонларни олишни осонлаштириш; парваришлаш бўйича мутахассис зарурлигини аниқлаш.

**Самарали мулоқот қилишнинг жиҳатлари:** бемор, унинг оиласи, васийлари билан ташҳис, касаллик оқибати, даволаш, аломатлар ва уларни даволаш тўғрисида мулоқот олиб боринг. Бемор ҳаётининг охири кунлари/ҳафталарида унинг вафоти билан боғлиқ муаммоларни муҳокама қилинг. Мавжуд имкониятларни ҳисобга олган ҳолда, беморга маълумот ва тавсияларни беринг.

### ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ СТЕРОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ

Х.Э.Шайхова, Г.С.Хайдарова, Н.Ш.Расулова, Г.А.Рихимджанова.

Ташкентская медицинская академия

Заболевания носа и околоносовых пазух (ОНП) относятся к наиболее часто встречающейся патологии в оториноларингологии, чему способствует современная экологическая обстановка, широкая распространенность аллергических и вирусных респираторных заболеваний, снижение местного и общего иммунитета. Большинство исследователей сходятся во мнении, что за последние годы в мире отмечается тенденция к увеличению заболеваемости хроническим риносинуситом (ХРС), и в том числе - хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) [4,5]. Среди обращающихся к ЛОР врачу, пациенты с ПРС составляют 5% больных. На долю верхнечелюстных синуситов среди патологии со стороны околоносовых пазух приходится 56–73%. К проявлениям ПРС относят длительное затруднение носового дыхания, наличие слизисто-водянистого отделяемого из носа, приступы чихания и зуда в носу. Достаточно хорошо известно, что лечение больных хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС), не поддающимся медикаментозному и хирургическому лечению, является глобальной проблемой [3].

Этиологическим фактором развития риносинусита (РС) является вирусная респираторная инфекция верхних дыхательных путей. К факторам, способствующим развитию РС, относятся вирусные, бактериальные, грибковые инфекции, аллергические и иммунологические реакции, а также неинфекционные факторы, включая гастроэзофагеальную рефлексную болезнь [2,3]. Одним из основных состояний, предрасполагающих к развитию РС, является аллергический ринит, который обнаруживают у 25-31% взрослых с острым РС и 40-84% - с хроническим РС [1].

Основным направлением современной фармакотерапии ринологической патологии на сегодняшний день считается противовоспалительная терапия [1]. Из существующих средств наибольшим противовоспалительным эффектом обладают интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС). Европейским консенсусом по риносинуситам и назальным полипам (EPOS, 2020) интраназальные глюкокортикостероиды рекомендованы как препараты выбора для лечения острого риносинусита в качестве адьювантной терапии с системными антибиотиками. Показана высокая эффективность интраназальных кортикостероидов с их признанными противовоспалительными свойствами, при уменьшении отека слизистой оболочки, восстановлении дренажа и, таким образом, элиминации патогенов. Причем различные исследования в этой области подтверждают эффективность как монотерапии, так и адьювантной терапии интраназальными глюкокортикостероидами (ИГКС) [1,6]. Возможности местного использования ГКС коренным образом изменили тактику ведения больных с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух.

**Целью наших исследований** явилось оценка эффективности применения интраназального стероида флютиказона фуората - Фронза (ФФ) при лечении различных форм хронического риносинусита.

#### Материал и методы исследования.

Исследование было проведено на базе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование было включено 60 больных ХРС. На основании сбора жалоб, данных анамнеза заболевания и клинико-лабораторных исследований была установлена этиология заболевания. Соответственно этиологии заболевания больные были распределены на 2 исследуемые группы: основная группа 1 – 30 больных (16 мужчин (45%) и 14 женщин (55%), средний возраст  $34 \pm 1,2$  лет) ХРС аллергической этиологии и основная группа 2 – 30 больных (18 мужчин (60%) и 12 женщин (40%), средний возраст  $26 \pm 1,5$  лет) ХРС бактериальной и другой этиологии. Из них 14 пациентов ХРС на фоне медикаментозного вазомоторного ринита, ХРС с полипами – 5, ХРС с преимущественным поражением верхнечелюстной пазухи – 9, искривление носовой перегородки отмечено у 8-х пациентов ХРС.

В качестве контрольной группы были взяты 20 пациентов (10 мужчин (50%) и 10 женщин (50%), средний возраст  $21 \pm 1,1$  лет), у которых не было обнаружено признаков патологии полости носа и околоносовых пазух. Из них 14 пациентов с ХР на фоне медикаментозного вазомоторного ринита, ХР на фоне аллергического ринита – 10 больных, ХР с полипами – 3, ХР с преимущественным поражением верхнечелюстной пазухи – 4, искривление носовой перегородки отмечено у 4-х пациентов ХРС. Флутиказона фуруат (Фронза) в форме назального спрея, применяемый по 110 мкг один раз в сутки, значительно облегчает назальные симптомы (включая ринорею, заложенность носа, чихание и зуд в носу) и глазные симптомы (включая зуд/жжение, слезотечение/выделение глазной жидкости и покраснение глаз). Эффективность его сохраняется в течение 24 часов при условии применения один раз в сутки.

Объективную оценку эффективности проводимой терапии проводили по результатам видеоскопии полости носа путем сравнения следующих параметров: отек слизистой оболочки (каждый в отдельности) оценивались по 10-балльной ВАШ, где 0 баллов – нет отека слизистой / нет отделяемого; 1–5 баллов – незначительный отек слизистой / незначительное количество отделяемого; 6–9 баллов – слизистая оболочка отечная / умеренное количество отделяемого; 10 баллов – слизистая оболочка отечная, выраженное сужение носовых ходов/обильное отделяемое. Осмотр проводили при первичном приеме и повторно на 15-й и 30-й день лечения. Для сравнения эффективности режимов фармакотерапии препарата Фронза на отдельные симптомы использовался анализ статистических различий между средними значениями оценки симптома в относительных величинах.

Статистический анализ данных проводили с помощью пакета SPSS 25.0 с использованием базовых методов описательной статистики. Данные описывали с указанием абсолютных и относительных (%) значений. Совокупности количественных показателей описывали при помощи значений среднего и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ). Для всех видов анализа результаты считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования показали, что пациенты, лечившиеся препаратом Фронза, имели достоверный выраженный эффект от получаемого лечения, который начинался с первых дней фармакотерапии и усиливался к концу исследования. Следует отметить, что к 30-му дню терапии в отношении симптомов «ринорея» и «зуд в носу» был достигнут максимальный эффект ( $p_2 < 0,001$ ). Статистически значимых различий между группами пациентов ХРС, по влиянию на эти симптомы не выявлено ( $p_1 > 0,05$ ). Основной существенно беспокоящий симптом «заложенность носа», а также значительно уменьшался под влиянием терапии ИнГКС. Среднее суточное изменение заложенности носа по сравнению с исходным уровнем ( $2,08 \pm 0,63$ ) при лечении препаратом Фронза к 15-му дню лечения составило  $1,56 \pm 0,72$ , а к 30-му дню –  $0,96 \pm 0,5$  ( $p_2 < 0,001$ ). Аналогичное улучшение отмечалось и в группе больных ХРС на фоне аллергии, лечившихся Фронза: снижение балльной оценки симптомов с  $2,01 \pm 0,65$  до  $1,2 \pm 0,65$  к 15-му дню лечения и  $0,60 \pm 0,25$  к концу лечебного периода ( $p_2 < 0,001$ ). Побочных реакций зафиксировано не было. ИнКС обладают высокой эффективностью, быстротой наступления и продолжительностью лечебного действия, высоким профилем безопасности [6]. Особенностью ФФ является его высокая тропность к легочной ткани и эпителию слизистой оболочки носовой полости, а также хорошая растворимость в назальном секрете. Высокая аффинность к ГКС-рецептору и длительное персистирование в тканях объясняют высокий противовоспалительный потенциал ФФ [6]. Рекомендованная начальная доза – по 2 распыления (27,5 мкг флутиказона фуруата в одном распылении) в каждую ноздрю 1 раз/сут (110 мкг/сут). При достижении адекватного контроля симптомов снижение дозы до 1 распыления в каждую ноздрю 1 раз/сут (55 мкг/сут) может быть эффективным для поддерживающего лечения. При обострении хронического риносинусита или полипозных формах ХРС следует применять 2 раза в день, с последующим снижением дозы до 1 раза после значительного снижения субъективных и объективных симптомов, которые выявлялись на 15 день лечения.

Таким образом, можно сделать заключение о том, что интраназальный препарат Фронза (флутиказона фуруат) является безопасным и эффективным методом терапии больных различными формами хронического риносинусита. Терапия с применением ФФ приводили к выраженному снижению суммарного индекса назальных симптомов и тяжести таких симптомов, как зуд носа и ринорея, с первых дней приема исследуемых препаратов до конца лечения пациентов ХРС. Достоверных различий эффективности применения исследуемой терапии между группами пациентов обнаружено не было ( $p_1 > 0,05$ ). Флутиказона фуруат (препарат Фронза) может быть использован при лечении пациентов с различными формами ХРС, а также при других формах хронического неаллергического ринита как альтернатива противовоспалительной терапии.

**Литература:**

1. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA (2)LEN and AllerGen) // *Allergy*. 2008; 63, Suppl. 86: 8–160.
2. *Bachert C., Van Cauwenberge P., Olbrecht J., Schoor J. V.* Prevalence, classification and perception of allergic and nonallergic rhinitis in Belgium // *Allergy*. 2006; 61: 693–698.
3. EPOS 2020. *Rhinology*, vol. 58, 2020.
4. Slavin RG, Spector SL, Bernstein IL. The diagnosis and management of sinusitis: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116: S13–S47.
5. Valerie J. Lund. Therapeutic Targets in Rhinosinusitis: Infection or Inflammation? *Medscape J Med* 2008; 10 (4): 105.
6. Keith P.K., Scadding G.K. // *Currents Med. Research Opinion*. – 2009. – Vol. 25, N 8. – P 2021–2041.
7. *Егорова О. А.* Выбор интраназального глюкокортикостероида флутиказона пропионата (Назарела) в оториноларингологии // *Справочник поликлинического врача*. 2010, № 3, 67–71.
8. *Лопатин А.С., Иванченко О.А., Сошников С.С.* Сравнительное исследование эффективности различных схем лечения хронического риносинусита. // *Российская ринология* - №2 – 2015 – С. 47-56.