

**Хильчевский Б.С.**

*студент;*

**Глоба Н.С.**

*ассистент,*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РИНИТА**

Медикаментозный ринит (МР) – это хронический неаллергический ринит, возникающий вследствие применения лекарственных препаратов, вызывающих вазоконстрикцию в слизистой оболочке полости носа [1]. Клинически МР характеризуется заложенностью носа и затруднением носового дыхания, часто при отсутствии ринореи и чихания, а также психологической зависимостью от сосудосуживающих препаратов [3].

Согласно литературным данным, общая распространенность неаллергического ринита, к которому относится и медикаментозный, составляет около 7% населения. Частота самого МР составляет от 1 до 9% всех случаев ринита [1, 2]. МР возникает в одинаковой степени у мужчин и женщин, однако чаще встречается у людей молодого и среднего возраста как следствие бесконтрольного применения лекарственных препаратов [2, 4]. Однако следует учитывать, что данный диагноз может быть поставлен только вследствие длительного наблюдения за пациентом, тщательного сбора анамнеза и дифференциальной диагностики с другими состояниями, что затрудняет выявление его случаев. Частота встречаемости МР, отсутствие четких критериев для постановки данного диагноза, сложный механизм развития и разнообразие лекарственных средств, применение которых приводит к его появлению, обуславливает актуальность изучения данной проблемы.

Физиологические механизмы, предотвращающие затруднение носового дыхания, основаны на особенностях слизистой оболочки носовой полости. В ней имеются резистивные сосуды, которые впадают в емкостные, представленные венозными синусоидами. Данные синусоиды обильно иннервированы симпатическими волокнами, выделяющими при стимуляции норадреналин. Взаимодействие данного медиатора с  $\alpha_1$ - и  $\alpha_2$ -адренорецепторами снижает кровоток и предотвращает возникновение заложенности носа.

В медикаментозного ринита лежит развитие так называемой медикаментозной вазопатии слизистой оболочки носа вследствие развития дистонии нейро-мышечного аппарата сосудов слизистой оболочки с преобладанием парасимпатического компонента и застоя крови в расширенных кавернозных телах носовых раковин, вследствие чего происходит отек и набухание слизистой оболочки носа, что приводит к затруднению носового дыхания [3,4]. Данный механизм связан со стимуляцией альфа- и бета-адренорецепторов, в результате чего повышается концентрация ионов кальция и цАМФ внутри клетки, что имеет непосредственное влияние на метаболизм

норадреналина. Происходит усиление выделения этого медиатора из окончаний симпатических нервов и торможение его обратного захвата вместе с препятствием взаимодействия норадреналина и дофамина с адренорецепторами.  $\alpha$ -адренорецепторы становятся менее восприимчивы к эндогенному норадреналину и развивается истощение запасов вышеуказанных медиаторов, в результате чего снижается тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы. Последствием этих патологических процессов и является медикаментозный ринит.

Также предполагают, что возникновение медикаментозного ринита происходит благодаря уравнивающему действию парасимпатической нервной системы. Это вполне нормальная физиологическая реакция организма на введение экзогенных вазоконстрикторных веществ, которая приводит к метаболическому накоплению излишка веществ вазодилатирующего действия (к примеру, ацетилхолин), которые отвечают за компенсаторное расширение кровеносных сосудов и к подавлению выработки собственного (эндогенного) сосудосуживающего вещества – норадреналина. Затем возможно развитие сосудистой дистонии, что усложнит лечение медикаментозного ринита или сделает его невозможным [4].

Все препараты, вызывающие МР можно разделить на несколько фармакологических групп с различными механизмами развития. Основная группа препаратов относится к веществам, действующим на адренэргические периферические синапсы ( $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторы): местные сосудосуживающие препараты ( $\alpha$ -адреномиметики), гипотензивные препараты ( $\alpha$ -адреноблокаторы, адреномиметики центрального действия, симпатомиметики). Также медикаментозный ринит может быть вызван препаратами йода, оральными гормональными контрацептивами, некоторыми психотропными препаратами, аспирином и др. Чаще всего к развитию МР приводит бесконтрольное применение деконгестантов местного действия, к которым относятся производные имидазолина (нафозолин, ксилометазолин, оксиметазолин, тетразолин, фенилэфрин), которые применяются местно на слизистую оболочку при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух. По механизму действия они являются в основном  $\alpha$ -адреномиметиками, воздействующими на  $\alpha_2$ -АР.

МР имеет сложный механизм развития, недостаточная изученность которого затрудняет диагностику и лечение данного состояния, а повсеместное и бесконтрольное применение лекарственных препаратов приводит к повышению частоты его встречаемости. В связи с этим, необходимо дальнейшее изучение данной проблемы для разработки возможных диагностических критериев и адекватных вариантов терапии и профилактики развития указанного состояния.

#### **Список использованных источников:**

1. Ramey J. T., Bailen E., Lockey R. F. Rhinitis medicamentosa // *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*. – 2006. – Т. 16. – №. 3. – С. 148.
2. Settupane R. A., Charnock D. R. Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic // *Clinical allergy and immunology*. – 2006. – Т. 19. – С. 23-34.

3. Арефьева Н. А. Ринит: метод. рекомендации / Н. А. Арефьева, Т. М. Янборисов, З. З. Камалова, Р. Г. Айсин. – Уфа: БГМУ, 2002. – 23 с.
4. Карпова Е. П., Тулупов Д. А. О безопасности применения назальных сосудосуживающих препаратов в педиатрической практике // Российская ринология. – 2014. – Т. 22. – №. 1. – С. 12-14.

**Щепанков С.М.**

*начальник відділу експертизи,  
Центральна військово-лікарська комісія*

### **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ АВІАЦІЙНИХ ФАХІВЦІВ МИРОТВОРЧОГО КОНТИНГЕНТУ В УМОВАХ КРАЇН АФРИКАНСЬКОГО КОНТИНЕНТУ**

Одним із основних способів міжнародного військового співробітництва з багатьма світовими державами є участь військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України у миротворчих місіях ООН. Діяльність зазначеного контингенту у цих умовах докорінно відрізняється від умов проходження військової служби в Україні, особливо це стосується авіаційних фахівців (АФ). Така ситуація, у першу чергу, обумовлена незвичними клімато-географічними та соціально зумовленими факторами, значним нервово-психічним напруженням і високим рівнем відповідальності за результати такої діяльності. За таких умов важливого значення набувають заходи психофізіологічного забезпечення діяльності військовослужбовців миротворчих контингентів ЗС України.

Де-які кроки щодо вивчення та вирішення зазначеної проблеми вже зроблено. Зокрема, подано фізіолого-гігієнічну оцінку умов професійної діяльності осіб льотного складу (ЛС) миротворчого контингенту [7, с. 382], виявлено інформативні характеристики їх особистісного профілю [5, с. 32], психофізіологічних і соціально-психологічних категорій професійно важливих якостей [1, с. 86, 2, с. 28], запропоновано інтегральні психофізіологічні критерії прогнозування професійної придатності [6, с. 26], профілактики розвитку дизадаптаційного синдрому [3, с. 43] та способи удосконалення заходів психофізіологічного відбору [4, с. 25]. Однак, зазначені дослідження проводились до або після миротворчих місій, крім того, дослідженнями охоплені виключно особи ЛС, а питання психологічної адаптації АФ миротворчого контингенту ЗС України в умовах країн африканського континенту під час миротворчих місій залишаються поза увагою науковців і є недостатньо вивченими.

Оцінити динаміку психологічної адаптації авіаційних фахівців миротворчого контингенту в умовах країн африканського континенту.

Оцінка динаміки психологічної адаптації АФ миротворчого контингенту в умовах країн африканського континенту здійснювалась за показниками рівня реактивної та особистісної тривожності, а також депресивності.