

Залежність вибору тактики фармакоterapiї гострого риносинуситу від функціонального стану співусть приносних пазух

Клінічний випадок №2

Гострий риносинусит (ГРС) вважається запальним процесом риногенного походження, за якого порушені вентиляція і дренаж додаткових пазух носа. Однією з основних причин цього захворювання є розвиток пов'язаного із запаленням (частіше вірусним) набряку, який зумовлює дисфункцію співусть приносних пазух. Порушення вентиляції з підвищенням в'язкості секрету на тлі наростаючого набряку слизової оболонки різко знижує ефективність мукоциліарного транспорту і призводить до порушення дренажу приносних пазух, що створює умови для вторинного, бактеріального запалення. Таким чином, дисфункція співусть приносних пазух є ключовим моментом, який запускає складний каскад ланок патогенезу ГРС. Однак до останнього часу за допомогою традиційних методів візуалізації не вдалося отримати достовірні дані щодо функціонального стану співусть. Сучасні можливості променевої діагностики, зокрема спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), дають змогу не тільки виявити запальний процес у тій чи іншій пазусі, а й визначити анатомічні особливості носової порожнини та остіомеатального комплексу, а також стан слизової оболонки в цій надзвичайно важливій з точки зору патогенезу риносинуситів функціональній ділянці.

Згідно з даними СКТ-обстеження ГРС може перебігати за кількома варіантами, які мають свої клініко-рентгенологічні особливості:

- ГРС на тлі функціонуючих співусть;
- ГРС на тлі частково функціонуючих співусть;
- ГРС на тлі не функціонуючих співусть.

Розуміння основних ланок та етапів розвитку ГРС і, зокрема, оцінка функціонального стану співусть є необхідною умовою можливості реалізації лікувальної тактики за принципом втручання в етіопатогенез, оскільки така терапія завжди ефективна.

Сучасне лікування ГРС засноване на емпіричних підходах щодо впливу на основні ланки патогенезу, що часто призводить до призначення чотирьох-п'яти, а іноді й більше різних за спрямованістю своєї дії препаратів. Це особливо простежується у разі використання неінвазивної методики, оскільки існує хибне переконання, що відмова від пункції нібито компенсується посиленою медикаментозною терапією. Однак існуючі підходи до лікування ГРС тільки опосередковано пов'язані з його головною етіопатогенетичною ланкою — функцією співусть, оскільки більшість препаратів в умовах блоку ОМК реально не впливають на їх стан, а тільки вона сприяє відновленню мукоциліарного транспорту — основного механізму, який визначає одужання. До останнього часу застосування таких підходів було виправданим, оскільки наявні на фармацевтичному ринку лікарські засоби не могли забезпечити комплексного впливу на слизову оболонку носа і додаткових пазух, включаючи співусть.

Ефективність нових підходів до лікування підтверджено у клінічному випадку лікування ГРС в умовах частково функціонуючих співусть, який наведено нижче.

Пацієнт П., 27 років, звернувся за медичною допомогою зі скаргами на головний біль, відчуття важкості і біль в проекції правої верхньощелепної пазухи, більше зліва, закладеність і виділення з носа.

Анамнез захворювання: хворіє близько семи днів, захворювання розпочалося із симптомів ГРВІ. Лікувався домашніми засобами, і після незначного полегшення стан знову погіршився.

Під час огляду: температура тіла — 37,2°C. Пальпація і перкусія в проекції правої верхньощелепної пазухи, точці виходу, п. infraorbitalis злегка болючі. За результатами ендоскопічного обстеження носової порожнини — гіперемія,

набряк слизової оболонки носа, більш виразні в правому середньому носовому ході, а також рясні слизові виділення в носових ходах, більше справа, звуження просвіту носових ходів. Незначна девіація носової перегородки вправо.

На підставі клініко-ендоскопічного огляду встановлено діагноз: гострий правобічний ексудативний риносинусит.

З метою уточнення локалізації процесу проведено СКТ приносних пазух. На томограмах — набряк слизової оболонки обох носових ходів, правої верхньощелепної і решітчастої пазух. Під час прицільного обстеження остіомеатальних комплексів аномалій, які могли б спричинити анатомічний блок співусть зазначених пазух, не виявлено, а стан співусть розцінено як функціонуючі зліва і частково функціонуючі справа (рис.).

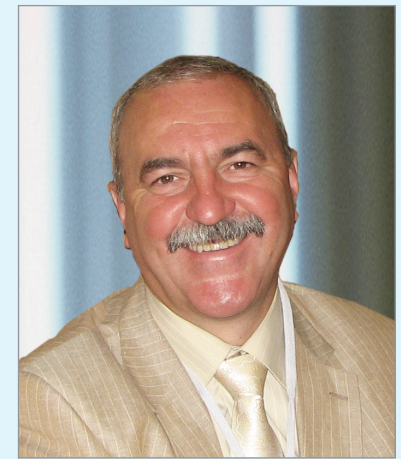
Клініко-рентгенологічний діагноз: гострий правобічний ексудативний гайморит-етмоїдит. Стан співусть справа — частково функціонуючі.

Лікування: хворому призначено комплексне лікування, яке включало немедикаментозні методи, які полягали у дотриманні режиму, вживанні достатньої кількості рідини, застосуванні відволікаючої, місцевої іригаційної терапії, і медикаментозні — призначення монотерапії рослинним секретолітиком Синупрет (спеціальний екстракт BNO 101). З урахуванням виявлених змін у правому ОМК призначено лікування доповнено системним деконгестантом. Обґрунтуванням для використання препарату Синупрет слугувало те, що в одній лікарській формі на основі п'яти лікарських рослин раціонально

поєднуються компоненти із секретолітичною, антиінфекційною (щодо вірусів і бактерій), протизапальною, проти-набряковою та імуностимулюючою дією. Поєднання етіологічної (противірусної, антибактеріальної) терапії з патогенетичним лікуванням, спрямованим на реактивацію мукоциліарного кліренсу (розрідження густого слизу та відновлення його розподілу на шар золу і шар гелю, активація коливань війок миготливого епітелію), зменшення явищ запалення та активацію імунного захисту, забезпечує найкращий лікувальний ефект. Синупрет призначали в традиційному дозуванні — по 2 таблетки тричі на добу, не розжовуючи і запиваючи достатньою кількістю рідини. Часткова блокада співусть правого ОМК розцінена як наслідок прогресуючого запального набряку слизової оболонки, що і слугувало обґрунтуванням для додаткового призначення системного деконгестанта.

На третій і сьомий день лікування проводили оцінку клінічної ефективності препарату на підставі аналізу основних клініко-ендоскопічних проявів — суб'єктивних (головний біль, біль чи відчуття важкості в проекції правої верхньощелепної пазухи, закладеність носа, виділення з носа) та об'єктивних критеріїв (реактивні явища в порожнині носа, в середньому носовому ході, наявність виділень у середньому носовому ході).

Через 3 дні лікування клінічно спостерігалася значна регресія суб'єктивних і об'єктивних ознак порівняно з початком лікування. Пацієнт скаржився на неприємні відчуття в правій половині



В.І. Попович

обличчя, закладеність і виділення з носа, більше справа. Під час ендоскопічного огляду реєстрували помірні реактивні явища (набряк і гіперемія слизової оболонки) з наявністю незначної кількості виділень у середньому носовому ході і, відповідно, в носі, більше справа.

Призначене лікування було продовжено. На сьомий день при відсутності скарг за результатами клініко-ендоскопічної оцінки спостерігалася незначний набряк, гіперемія та прожилки слизу на слизовій оболонці правої середньої носової ходи. Прийнято рішення про відміну деконгестанта і продовжено монотерапію Синупретом. На десятій день результати лікування розцінено як одужання.

Як видно з наведеного клінічного випадку, призначення лікування з урахуванням функціональної спроможності співусть як основної ланки етіопатогенезу забезпечило високу ефективність терапії. На нашу думку, застосування Синупрету — препарату з комплексною дією на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів і препарату з цілеспрямованим протинабряковим впливом — сприяло значній регресії симптоматики і виразному ефекту вже на третій день лікування. У пацієнта відмічали позитивну динаміку щодо проявів як риніту (закладеність, виділення з носа, реактивні явища в носі зліва), так і синуситу (головний біль і біль у проекції пазухи, реактивні явища і виділення в середньому носовому ході справа). Продовження монотерапії Синупретом забезпечило повне одужання на десятій день лікування.

Таким чином, нові підходи до лікування ГРС мають такі переваги:

- терапія призначається препаратом з комплексною дією і тропним до слизової оболонки верхніх дихальних шляхів з урахуванням одного з основних факторів розвитку і перебігу риносинуситу — функції співусть пазухи;
- у зв'язку з наявністю прогресуючого набряку слизової оболонки, що призводить до часткової блокади співусть, терапія доповнюється деконгестантом системної дії;
- використання вказаної тактики дозволяє уникнути поліпрагмації з усіма її негативними наслідками.



Рис. СКТ пацієнта з ГРС і частково функціонуючими співустями (позначено стрілками)