

Я.В. Шкоба, к.м.н., головний позаштатний отоларинголог ГОУЗ КОДА, доцент кафедри оториноларингології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, завідувач ЛОР-відділення Київської обласної клінічної лікарні

Риносинусит як один із перших проявів ГРВІ

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), питання щодо актуальності лікування яких гостро постає в практиці лікарів загальної практики – сімейної медицини та отоларингологів як мінімум двічі на рік, як правило, супроводжуються риносинуситом, який проявляється в тій чи іншій формі. Близько 15% населення страждають на гострий (ГРС) та хронічний риносинусит, при тому що у 30% випадків останні своєчасно не діагностуються (дані ВОЗ, 2004). Згідно зі статистичними даними щороку в Україні близько 3 млн людей також хворіють на гострий синусит.

ГРВІ, як правило, розпочинається з підвищення температури тіла, слабкості, головного болю, нездужання, закладеності носа, нежиті та інших проявів.

Клінічне визначення гострого риносинуситу (ГРС) згідно з European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS, 2007) звучить як:

- «Запалення слизової оболонки носа і параназальних синусів, для якого характерні два і більше симптомів, один із яких – закладеність носа та наявність виділень або ринореї (передня/задня)...». Як відомо, запалення – це захисно-приспосувальна реакція організму, яка зумовлює формування вродженого та набутого імунітету. А від імунної відповіді, реактивності організму, у свою чергу, залежить розвиток запалення. Основними факторами патогенезу запалення слизової оболонки верхніх дихальних шляхів є реакція мікроциркуляторного русла, проявами якої є порушення судинної та тканинної проникності, збільшення секреторної функції респіраторного і залозистого епітелію, порушення мукоциліарного кліренсу.

- «... ± біль/або відчуття тиску в ділянці обличчя». Хворі скаржаться на біль, відчуття розпирання в ділянці обличчя та носа, який посилюється в міру збільшення закладеності носа і кількості виділень.

- «... ± порушення або втрата нюху», зумовлені, як правило, набряком слизової оболонки носа та носових раковин, решітчастого лабіринту, порушенням функції нервових волокон.

- «або ендоскопічні ознаки, які включають поліпи і/або слизово-гнійні виділення в ділянці середнього носового ходу, і/або набряк слизової оболонки, переважно в ділянці середнього носового ходу; та/або: КТ-зміни слизової оболонки в остіомеатальному комплексі і/або синусах».

Серед амбулаторних хворих, які звертаються за допомогою до отоларинголога, частота синуситів становить 35-50%. Ще більшою вона є у пацієнтів, госпіталізованих із ЛОР-патологією – 50-55%.

Оглядаючи хворого з ГРВІ, який, як правило, скаржиться на загальне нездужання, підвищення температури тіла, головний біль, слабкість, слід враховувати інтенсивність проявів ГРС. Діагностика цього захворювання базується на раптовій появі двох або більше симптомів, одним із яких має бути закладеність носа або ринорея (передня/задня), а також ± біль/або відчуття тиску в ділянці обличчя, ± порушення або втрата нюху. Під час риноскопії необхідно звернути увагу на набряк, гіперемію носових раковин та слизової оболонки, стікання виділень у носоглотку.

Згідно з рекомендаціями EPOS планова рентгенографія або КТ не рекомендуються, за винятком випадків, коли спостерігається дуже тяжкий перебіг захворювання або наявні ознаки ускладнень, а також в імунокомпрометованих пацієнтах.

Гострий невірусний (бактеріальний) риносинусит визначають як наростання симптомів через 5 днів від початку захворювання або збереження симптомів через 10 днів.

До асоційованих із ГРС належать такі фактори.

- ♦ Бактеріальні патогени (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, анаероби, *Staphylococcus aureus* та ін.).

Слід зауважити, що бактерії, присутні в нашому організмі, можуть знаходитися у двох різних станах: у вигляді планктону та у формі бактеріальних біологічних плівок (ББП). Бактерії у вигляді планктону вільно плавають у секреті (у вмісті навколоносових пазух). Саме вони потрапляють у шприц під час проведення пункції гайморових пазух і дають змогу визначити чутливість до антибіотиків. ББП знаходяться у водопровідних трубах, на стінках акваріумів, слизових оболонках, катетерах, серцевих клапанах (при септичному ендокардиті), трахеостомічних канюлях, у кондиціонерах. Бактеріальна плівка – це самостійне, організоване, взаємозалежне співтовариство бактерій, збалансоване щодо видового складу. Мікробні тіла, які утворюють ББП, формують полімерну материнську оболонку – матрикс, що складається з екзополісахаридів (90%), нуклеїнових кислот і протеїнів, іноді грибів та щільно прилягаючого до поверхні субстрату. Тісно контактуючи, ці бактерії обмінюються генною інформацією (експресія генів). Разом з тим необхідно зауважити, що генна структура бактерій у ББП відрізняється від такої планктонних бактерій того самого виду. Бактерії, організовані в ББП, здатні краще пристосовуватися до впливу антибіотиків, ніж бактерії планктонної форми, витримуючи у сто і більше разів вищі концентрації антибактеріальних препаратів порівняно з бактеріцидними концентраціями для планктонної форми бактерій. Нині відомо, що в абсолютній більшості випадків хронічного запалення слизових оболонок основна маса бактерій знаходиться у формі ББП (за даними зарубіжних авторів – до 70%).

- ♦ Порушення функції миготливого епітелію – втрата і розлади функції миготливого епітелію, що підвищує чутливість до бактеріальної інфекції.

Значною мірою це зумовлено порушенням мукоциліарного кліренсу, яке виникає внаслідок блокування в'язким секретом війок миготливого епітелію. Секрет слизової оболонки формується з двох шарів: верхнього у вигляді гелю і нижнього, який представлений зоєм. У нижньому шарі рухаються війки миготливого епітелію, а верхній захищає слизову оболонку. Золь (від нім. sol – колоїдний розчин) – колоїдна система з рідинним дисперсним середовищем. Гель (від лат. gela – застигаю) – дисперсна система, яка має властивості твердих тіл.

На тлі риносинуситу зневоднюється водянистий шар секрету (золь-фаза)

внаслідок блокування війок миготливого епітелію в'язким секретом, порушується мукоциліарний кліренс.

- ♦ Алергія – алергічний набряк слизової оболонки в ділянці остіомеатального комплексу, що посилює порушення вентиляції синусів, призводить до обструкції, ускладнює, а часто й унеможливає природний процес елімінації секрету з пазух.

Діагностуючи риносинусит, лікар керується наявністю таких симптомів:

- заблокованість, закладеність носа;
- ринорея, часто слизово-гнійна;
- біль/або відчуття тиску в ділянці обличчя;

- порушення або втрата нюху.

Критеріями, які дають змогу підтвердити наявність у хворого ГРС, є:

- скарги, обтяжений анамнез;
- ЛОР-огляд: передня та задня риноскопія;

- додатково – рентгенографія чи КТ, бажано з денситометрією;

- додатково – за необхідності діагностична пункція з промиванням гайморової пазухи;

- лабораторні дані – аналіз крові, сечі, бактеріологічне дослідження вмісту пазухи або мазка з носа, оцінка чутливості до антибіотиків.

Умови надання допомоги залежать від тяжкості перебігу процесу. Неускладнені ГРС лікують амбулаторно, в ЛОР-кабінеті, а в разі важкого перебігу або виникнення ускладнень (інтракраніальні, орбітальні) показана госпіталізація до ЛОР-відділення.

Слід зазначити, що приймаючи рішення про лікування, необхідно керуватися протоколами, затвердженими наказом МОЗ України № 181 від 24.03.2009 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія».

Загальне лікування має бути комплексним і включати:

- антибіотики;
- системні деконгестанти;
- антигістамінні препарати;
- муколітики;
- нестероїдні протизапальні препарати;

- фіто-, гомеопатичні засоби.

Місцево:

- місцеві антисептики та антибіотики у вигляді крапель, спрею;
- протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування;
- антисептики й інші засоби для промивання пазух (розчини антибіотиків, ферментів, гормонів);
- топічні глюкокортикоїди;
- гомеопатичні та рослинні препарати.

Ураховуючи, що на тлі ГРВІ в першу чергу спостерігається порушення функції імунної системи, необхідно вибачено і тільки за необхідності призначати антибіотики.

Альтернативою може слугувати застосування препаратів рослинного походження, які також включено до протоколів лікування синуситів. Одним із таких препаратів є Синупрет – рослинний

секретолітик із протизапальною, протівірусною та імуностимулюючою дією. До його складу входять корінь генціани (*radix Gentianae*), квітки примули (*flores Primulae*), трава вербени (*herba Verbenae*), квітки бузини (*flores Sambuci*), трава шавлю (*herba Rumicis*).

Протизапальні властивості Синупрету пов'язані з впливом сапонінів, які інгібують синтез простагландинів та циклооксигенази, що відповідно зменшує утворення медіатора запалення простагландину E2. Це зумовлює зниження проникності судинної стінки, зменшення набряку слизової оболонки носа і сприяє евакуації секрету.

Секретолітична дія подібна до такої N-ацетилцистеїну, бромгексину, амброксолу. Синупрет підвищує секрецію хлоридів епітелієм респіраторного тракту за рахунок біофлавоноїдів. Це покращує гідратацію золь-фази, нормалізує в'язкість секрету й активізує мукоциліарний кліренс, відновлює дренаж і вентиляцію навколоносових пазух, завдяки чому зменшуються симптоми риносинуситу: виділення з носа, закладеність, порушення носового дихання та головний біль.

Протизапальний ефект препарату еквівалентний такому стандартної речовини фенілбутазону. Синупрет чинить бактеріостатичну дію на стафілокок, стрептокок, меншою мірою – на гемофільну паличку.

Протівірусний вплив зумовлений індукцією вироблення α - й особливо γ -інтерферону. Компоненти Синупрету стимулюють фагоцитоз, підвищують концентрацію інтерлейкіну-1 β та T-хелперів.

Окрім мукоактивного ефекту, який призводить до порушення зв'язків ББП із слизовою оболонкою, доведено дезорганізуючий вплив Синупрету на ББП.

Секретолітична, бронхоспазмолітична, протизапальна, імуностимулююча та протівірусна дія цього препарату сприяє швидшому одужанню та нормалізації загального стану.

Сьогодні існують такі форми випуску препарату: Синупрет таблетки, Синупрет форте, Синупрет краплі та Синупрет сироп. Призначають препарат по 2 таблетки тричі на добу дорослим і по одній – дітям. Для пацієнтів 2-5-річного віку зручними є форми Синупрет краплі (15 крапель тричі на добу) та Синупрет сироп (2,1 мл тричі на добу).

Слід зазначити, що в Німеччині Синупрет є одним з основних засобів лікування та профілактики синуситів при ГРВІ.

До лікувальних процедур, які виконують у разі ГРС, належать:

- змащування слизової оболонки середнього носового ходу розчинами адренорміметиків;
- пункції з промиванням та дренажуванням і/або введенням розчинів;
- промивання за допомогою методу «переміщення» за Proetz.

За відсутності ефекту консервативного лікування, у разі погіршення стану пацієнта або підозри на ускладнення (інтракраніальні, орбітальні) виконують ендоназальні ендоскопічні втручання або радикальні втручання на синусах.

Отже, аналізуючи проблематику лікування риносинуситів, слід звернути увагу на необхідність дотримання протоколів надання медичної допомоги хворим з цією патологією та ширше застосовувати препарати рослинного походження, зокрема Синупрет.