

В.І. Попович, д.м.н., професор, завідувач кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету

# Вибір тактики фармакоterapiї гострого риносинуситу: клінічні варіанти

**Гострий риносинусит (ГРС) вважається запальним процесом риногенного походження, за якого порушуються вентиляція і дренаж придаткових пазух носа, найчастіше як наслідок гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ).**

Вірусна інфекція надзвичайно швидко запускає патогенетичний каскад запалення. Під впливом вірусів клітини миготливого епітелію втрачають війки, розвивається набряк слизової оболонки, що зумовлює дисфункцію, а в подальшому і блокаду співусть приносних пазух. Руїнування війок, порушення вентиляції приносних пазух з підвищенням в'язкості секрету на тлі наростаючого набряку слизової оболонки різко знижує ефективність мукоциліарного транспорту і призводить до порушення дренажу, що створює умови для розвитку бактеріального запалення. Таким чином, гострі вірусні риносинусити (54,3% хворих) швидко трансформуються в післявірусні (30,4% хворих), розвиток частини яких зумовлений бактеріями (15,2% хворих) (рис. 1).

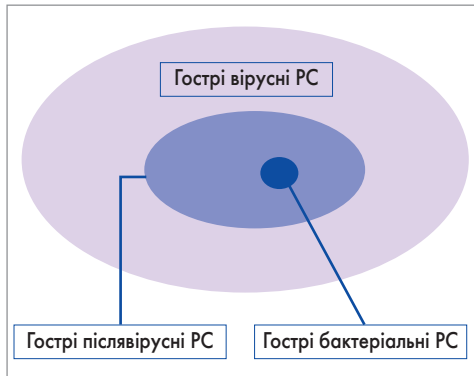


Рис. 1. Варіанти ГРС  
Примітка: РС – риносинусит.

Усі три варіанти ГРС як процеси, що мають причинно-наслідковий зв'язок, характеризуються спільними патогенетичними механізмами. Вони включають набряк слизової оболонки (спочатку реактивний, який на тлі спровокованого вірусом локального імунodefіциту трансформується в запальний), порушення реологічних характеристик назального слизу, що разом з набряком призводить до порушення функції мукоциліарної транспортної системи, що, у свою чергу, має наслідком поглиблення локального імунodefіциту, патогенізацію сапрофітної флори і розвиток бактеріального запалення. При спільності основних патогенетичних механізмів ГРС клінічні варіанти перебігу, зокрема їх тяжкість, пов'язані з різним функціональним станом співусть приносних пазух. Відповідно до цього перебіг ГРС може відбуватися за кількома варіантами, кожен з яких має свої особливості (рис. 2).

Згідно із сучасними рекомендаціями визначення ступеня тяжкості ГРС повинно базуватися на суб'єктивній оцінці пацієнтом свого стану за 10-сантиметровою візуально-аналоговою шкалою (ВАШ; ЕР30S, 2012) (рис. 3) або за критеріями оцінки ступеню тяжкості ГРС лікарем (вітчизняні стандарти) (таблиця).

Оцінка тяжкості перебігу і, відповідно, розуміння основних етапів розвитку ГРС є необхідними умовами реалізації етіопатогенетичної терапії.

Як правило, лікування ГРС проводиться амбулаторно й засноване на емпіричних підходах щодо впливу на основні ланки патогенезу, що часто приводить до призначення 4 і більше різних за спрямованістю дії препаратів. Однак така лікувальна тактика тільки опосередковано пов'язана з головною етіопатогенетичною ланкою – станом співусть – і, відповідно, тяжкістю перебігу, оскільки більшість препаратів, особливо в умовах блоку, не впливає на функцію співусть. За сучасними поглядами, тільки відновлення функції співусть через багатовекторний вплив на основні ланки патогенезу сприяє відновленню мукоциліарного транспорту. До останнього часу застосування таких підходів було малодоступним, оскільки наявні на фармацевтичному ринку лікарські засоби не могли забезпечити комплексного впливу на слизову оболонку носа і придаткових пазух включно із співустями.

Ефективність нових підходів до лікування показана в наведених клінічних випадках.

## Клінічний випадок 1

Пацієнт П. 27 років звернувся за медичною допомогою зі скаргами на головний біль, відчуття важкості і біль у проекції правої верхньощелепної пазухи, порушення носового дихання і виділення з носа.

Анамнез захворювання: хворіє більше тижня, захворювання розпочалося із симптомів ГРВІ. Лікувався домашніми засобами, після незначного полегшення стан знову погіршився.

Під час огляду: температура тіла 37,2 °С. Носове дихання утруднене, в носових ходах незначна кількість виділень. Пальпація і перкусія в проекції правої верхньощелепної пазухи, точці виходу n. infraorbitalis злегка болючі. Больові відчуття під час пальпації внутрішнього кута ока справа. Стан за результатами об'єктивної оцінки та самооцінки хворого відповідає середньому ступеню тяжкості (рис. 2, 3). На підставі отриманих даних встановлено діагноз: гострий післявірусний риносинусит (гаймороетмоїдит) середнього ступеня тяжкості.

Лікування: хворому призначена комплексна терапія, яка включала немедикаментозні (дотримання режиму, вживання достатньої кількості рідини, відволікаючі та місцеві іригаційні засоби) і медикаментозні методи (рослинний секретолітик Синупрет). Обґрунтуванням для використання препарату Синупрет слугувало те, що в одній лікарській формі на основі 5 лікарських рослин раціонально поєднуються компоненти із секретолітичною, протиінфекційною (щодо вірусів і бактерій), проти-запальною, протинабряковою й імуностимулюючою дією. Поєднання етіологічної (протівірусної) терапії з патогенетичним лікуванням, спрямованим на нормалізацію мукоциліарного транспорту (розрідження густого слизу та відновлення його розподілу на шар золю і шар гелю, покращення функції війок миготливого епітелію), зменшення явищ запалення й активацію імунного захисту, забезпечує виражений лікувальний ефект. За винятком короточасного вірусного впливу як етіологічного фактора, патогенетичні механізми вірусного та післявірусного риносинуситу практично ідентичні, характеризуються збереженням функції співусть, що забезпечує легкий або середньої тяжкості перебіг захворювання. Однак зміни у функції співусть, характерні для післявірусного риносинуситу, – часткова блокада як наслідок запального набряку слизової оболонки – слугували обґрунтуванням для додаткового призначення деконгестанта.

Через 3 дні лікування спостерігалася значна регресія симптоматики порівняно з початком терапії. Пацієнт скаржився на неприємні відчуття в правій половині обличчя, затруднене носове дихання і наявність виділень з носа, переважно справа. Пальпація і перкусія в проекції правої верхньощелепної пазухи та точки виходу n. infraorbitalis безболісні. Динаміка оцінена як позитивна, тому призначене лікування було продовжено. На 7-й день за відсутності скарг прийнято рішення про відміну деконгестанта і продовжена монотерапія Синупретом. На 10-й день результати лікування розцінено як одужання.

Як свідчить наведений клінічний випадок, призначення лікування з урахуванням тяжкості перебігу, яку визначає функціональна спроможність співусть, забезпечило високу ефективність терапії. На нашу думку, комбіноване застосування Синупрету (препарату з комплексною дією на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів) і деконгестанта (препарату з вираженим протинабряковим впливом) сприяло значній регресії симптоматики і забезпечило високу ефективність терапії – повне одужання на 10-й день лікування.

За наявності вірусних риносинуситів, для яких характерним є легкий перебіг, пов'язаний із функціональною спроможністю співусть, показана монотерапія Синупретом. З урахуванням швидкоплинності вірусної інфекції як етіологічного фактора протівірусна терапія вірусного риносинуситу показана тільки у важких випадках.

## Клінічний випадок 2

Пацієнт В. 32 років звернувся за медичною допомогою зі скаргами на загальне нездужання, підвищення температури, виражений головний біль, біль з ірадіацією в зуби верхньої щелепи справа, відчуття розпирання правої половини обличчя і закладеність носа.

Анамнез захворювання: хворіє близько 10 днів, мало місце гостре респіраторне захворювання. Лікувався домашніми засобами, але без ефекту. Протягом останніх 3-4 днів стан значно погіршився.

Під час огляду: температура тіла 37,8 °С. Носове дихання утруднене, в носових ходах наявні слизово-гнійні виділення. При орофарингоскопії наявна смужка слизово-гнійних виділень на задній стінці глотки. Пальпація і перкусія в проекції правої верхньощелепної пазухи, внутрішнього кута ока, точки виходу n. supra- та infraorbitalis справа болючі. Стан за результатами об'єктивної оцінки та самооцінки хворого відповідає тяжкому перебігу (рис. 2, 3). Встановлено діагноз: гострий бактеріальний риносинусит (правобічний гемісинусит), тяжкий перебіг.

Лікування: хворому призначено комплексне лікування, що включало немедикаментозні (дотримання режиму, вживання достатньої кількості рідини, застосування відволікаючої, місцевої іригаційної терапії) і медикаментозні методи. З урахуванням того, що тяжкий перебіг характеризує ГРС як бактеріальний, було призначено етіотропне лікування захищеним β-лактамічним антибіотиком.

Патогенетично обґрунтована терапія полягала в призначенні Синупрету, секретолітична дія якого доповнюється його протинфекційним та протизапальним ефектами. Призначене лікування доповнили застосуванням деконгестанта. Обґрунтуванням використання препарату цього класу додатково до антибактеріальної та фітотерапії слугували дані про повну блокаду співусть як наслідок прогресуючого бактеріального запалення слизової оболонки пазух.



В.І. Попович

На контрольний огляд (через 3 дні) пацієнт направлений до отоларинголога у зв'язку з можливим розвитком ускладнень, характерних для бактеріального риносинуситу і пов'язаних з обтурацією співусть приносних пазух. На 3-й день отоларингологом динаміка розцінена як позитивна, рекомендовано дотримуватися призначень. На 7-й день прийнято рішення про відміну деконгестанта і антибактеріального препарату та продовження монотерапії Синупретом. На 10-й день результати лікування розцінені як одужання.

Таким чином, нові підходи до лікування ГРС базуються на таких положеннях:

- патогенетично обґрунтована терапія вірусного, післявірусного та бактеріального риносинуситу здійснюється з використанням препарату з комплексною дією і тропного до слизової оболонки верхніх дихальних шляхів;
- доповнення основної терапії проводиться з урахуванням функції співусть пазухи і пов'язаної з цим тяжкості перебігу;
- після призначеного патогенетично обґрунтованого лікування пацієнти з легким чи середньої тяжкості перебігом захворювання залишаються під наглядом спеціаліста терапевтичного профілю, з тяжким перебігом і можливістю розвитку ускладнень – направляються для подальшого спостереження до оториноларинголога.

Використання цієї тактики дозволяє уникнути поліпрагмації з її негативними наслідками, забезпечити наступність лікування в спеціалістів різного профілю і досягти бажаного клінічного ефекту.

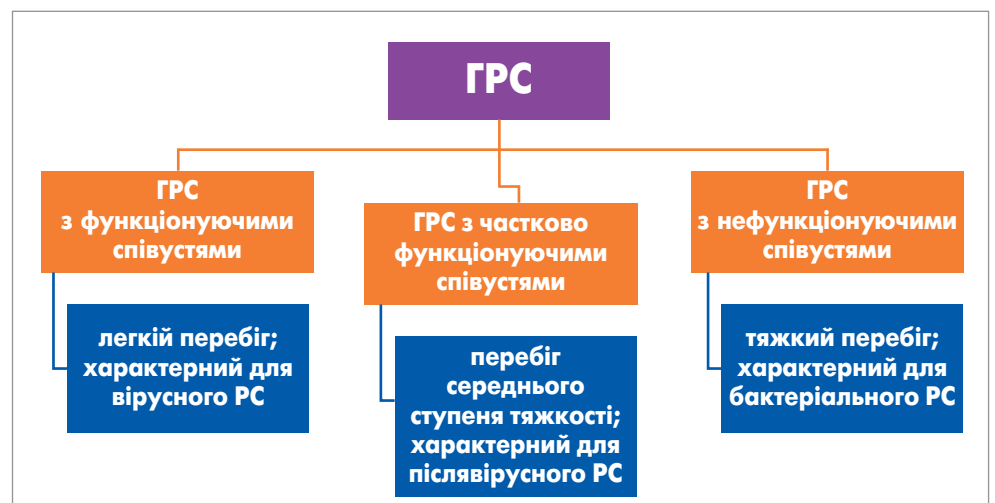


Рис. 2. Варіанти перебігу ГРС

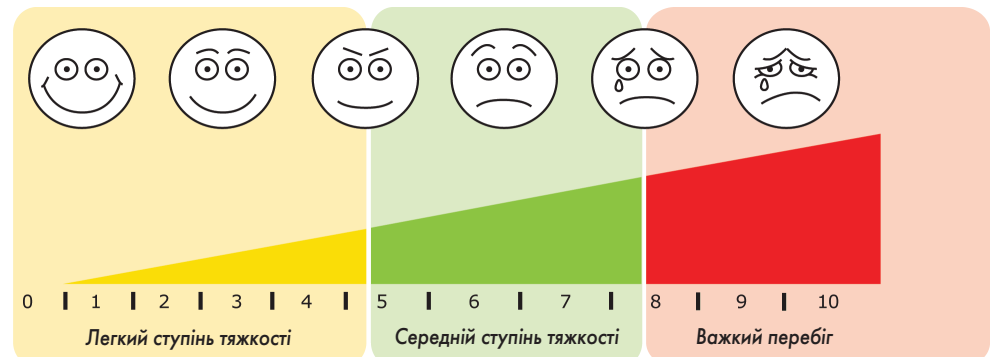


Рис. 3. Визначення ступеня тяжкості ГРС на основі суб'єктивної оцінки свого стану пацієнтом за 10-сантиметровою ВАШ

Таблиця. Критерії тяжкості ГРС	
Легкий перебіг	Тяжкий перебіг
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Слизова або гнійна ринорея</li> <li>• Кашель у денний час</li> <li>• Температура тіла нормальна або незначно підвищена</li> <li>• Наявність неприємного запаху з рота (галітоз)</li> <li>• Іноді набряк тканин орбіти</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Те ж саме +</li> <li>• Висока лихоманка (39°C)</li> <li>• Порушення загального самопочуття</li> <li>• Головний біль</li> </ul>