



Г.В. Бекетова

д. мед. н., професор, завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), заслужений лікар України,
голова Асоціації педіатрів м. Києва

Гострі вірусні риносинусіти в дітей і підлітків

Відомо, що життя та розвиток людини можливі тільки за постійного її зв'язку з середовищем проживання. Цей зв'язок забезпечується, насамперед, через дихальні шляхи. Тільки перший вдих здійснюється через рот, що є фізіологічно доцільним, оскільки це сприяє повноцінному розкриттю легенів. А далі здорова дитина має дихати лише через ніс, оскільки, як вважав великий Гіппократ, нехтування вимогою природи дихати носом карається хворобами. І на сьогодні не викликає сумніву надзвичайно важлива роль носа в підтриманні здоров'я та якості життя людини.

Ніс – це дуже складний і багатофункціональний орган. Недарма його називають сторожовим псом легень. Ніс забезпечує дихальну, рефлекторну, калориферну, захисну, резорбційну, видільну, резонаторну, нюхову, зволожувальну та багато інших важливих функцій. А слизова оболонка (СО) носа вкрита носовим секретом, так званою «носовою ковдрою» – складним утворенням з антибактеріальними та захисними властивостями, що складається з двох компонентів – щільного (гелю) і рідкого (золу), – найменші зміни у яких призводять до порушення мукоциліарного транспорту й очищення. Фізіологічні функції носа забезпечуються активним станом носового секрету (нейтральна рН, ізотонічна осмолярність) та наявністю достатньої кількості енергії для роботи війок високоспеціалізованого миготливого епітелію за рахунок аденозинтрифосфорної кислоти (АТФ), яку розщеплює спеціальний фермент динеїн (Са/Мg-залежна АТФ-аза).

На відміну від дорослих, що менша за віком дитина, то більше анатомофізіологічних особливостей їй притаманні – як носа, так і його СО. Відомо, що в немовлят перших 6 міс життя майже неможливе дихання через рот, оскільки відносно великий за розмірами язик відтісняє надгортанник назад. Для дітей характерними є незавершеність морфологічного дозрівання і недосконалість фізіологічних функцій носа. У новонароджених наявна лише верхньощелепна пазуха, а лобова, клиновидна і решітчаста пазухи формуються в 2, 3 і 6 років відповідно. У дітей до 2 років відсутній верхній носовий хід, а середній і нижній розвинуті слабо до 6 міс і 2 років відповідно. При цьому евстахієва труба широка, а носові ходи і хоани вузькі, що зумовлює підвищений аеродинамічний тиск і ризик виникнення отиту при гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ). Дітям перших 5 років життя притаманні фізіологічно підвищена в'язкість носового секрету за рахунок значного вмісту сіалових кислот; фізіологічне переважання гелевого шару над зольовим; відносно більша кількість бокаловидних клітин на одиницю площі СО та фізіологічна ваготонічна рецепторна активність, що зумовлює гіперкринію та схильність до набряку; значна гідрофільність СО за рахунок багатого кровопостачання при недорозвиненості печеристої тканини обмежує зігрівання повітря.

Вказані анатомо-фізіологічні особливості в дитячому віці супроводжуються більш частими порушеннями дихання через ніс, які пов'язані з такими факторами:

- пересушуванням його СО (опалення, кондиціонування повітря);
- зригуванням і блювотою в немовлят;
- аденоїдними вегетаціями, пухлинами, сторонніми тілами в носовій порожнині, викривленнями носової перетинки;
- використанням антигістамінних засобів I покоління, сечогінних і холінолітичних препаратів.

Однак найчастіше носове дихання порушується при ГРВІ, які викликають запалення СО носа і приносних синусів із розвитком двобічної назальної обструкції та ринореї, тобто клінічних ознак гострого риносинуситу (ГРС).

Важливо підкреслити, що вказані клінічні ознаки притаманні як риніту, так і синуситу, оскільки СО носової порожнини є продовженням СО параназальних синусів і має загальну площу близько 1 м².

Вірусна інфекція, тропна до СО носа, швидко запускає патогенетичний каскад запалення. Під впливом вірусів клітини миготливого епітелію втрачають війки, розвивається набряк СО, який зумовлює дисфункцію, а в подальшому – блокаду співусть навіколоносових пазух. Руйнування війок, порушення вентиляції навіколоносових пазух із підвищенням в'язкості секрету на тлі посилення набряку СО різко знижує ефективність мукоциліарного транспорту і призводить до порушення дренажу в параназальних синусах, що створює умови для розвитку вторинного (бактеріального) запалення.

Гострі вірусні риносинусіти (ГВРС), які, згідно зі статистичними даними, розвиваються в 54% випадків, швидко трансформуються в гострі післявірусні риносинусіти з посиленням дисфункції співусть, а згодом, при їх повній блокаді та патогенізації бактеріальної автофлори – у гострі бактеріальні риносинусіти. Ось чому розуміння основних етапів розвитку захворювання є запорукою правильного призначення етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії.

Загальноновизнано, що патогенетичною сутністю ГВРС є набряк СО носової порожнини та навіколоносових пазух як наслідок вірусного інфікування. Під впливом вірусів відбувається руйнування війчастого епітелію, а також порушення реологічних властивостей назального секрету, що призводить до порушення його евакуації внаслідок дисфункції основного фізіологічного механізму дихальних шляхів – мукоциліарного кліренсу. Подальше скупчення вірусів на поверхні епітеліального шару СО активує неспецифічну ланку локальної резистентності (імунітету) СО верхніх дихальних шляхів. З іншого боку, також вивільнюються медіатори запалення (гістамін, брадікінін, серотонін, фактор агрегації тромбоцитів, простагландини) з розвитком реактивного набряку СО носа й навіколоносових пазух, однак співусть з пазухою залишаються функціональними (рис. 1).

На фоні руйнування війчастого епітелію та реактивного набряку СО відбувається зменшення відносної частки золь-фази назального слизу, що призводить до порушення евакуації гелю-фази та поглиблення патологічних змін, які стосуються поверхневого (епітеліального) її шару, тобто розвивається епітеліт.

Що стосується діагностики ГВРС, то найбільш важливою ознакою є тривалість захворювання, яка не перевищує 3-4 дні. ГВРС зазвичай розпочинається як прояв ГРВІ (80% випадків), викликаного рино-, корона- чи реовірусами, тропними до СО носа.

Основні клінічні симптоми ГРС наведено в таблиці 1. Діагноз ГРС встановлюється за наявності у хворого 2 великих або 1 великого і 2 малих симптомів.

Для визначення лікувальної тактики важливо визначити ступінь тяжкості перебігу ГРС (табл. 2).

В основу шкали оцінки покладені основні локальні й загальнозапальні симптоми риносинуситу. Відповідно до сучасних стандартів визначення ступеня тяжкості ГРС має базуватися на суб'єктивному оцінюванні свого стану пацієнтом за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) (рис. 2).

Отже, у діагностиці ГВРС важливим є те, що тривалість захворювання не перевищує 3-4 днів, типовим є легкий чи середній ступінь тяжкості

перебігу захворювання. Характерні помірний головний біль, закладеність носа, серозно-слизова ринорея, кашель (переважно в денний час), гіперемія задньої стінки глотки, підвищена температура тіла. Оцінка тяжкості перебігу процесу за ВАШ зазвичай не перевищує 4-5 балів.

Відповідно до сучасних рекомендацій ЕРЗОС 2012 для діагностики ГВРС не потрібна рентгенографія, спіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія навіколоносових пазух, діагностична пункція, мікробіологічне дослідження.

Лікування ГВРС, як правило, не передбачає госпіталізації хворого і проводиться амбулаторно. Труднощі етіологічного лікування ГВРС очевидні, оскільки вірусна інфекція надзвичайно швидко запускає патогенетичний каскад запалення і як етіологічний фактор швидко втрачає свою актуальність (як провідний етіологічний фактор вірусна інфекція є актуальною лише в перші години або дні захворювання). Також при ГВРС не показані антибіотики.



Рис. 1. Гострий вірусний РС (епітеліт). Співусть з пазухою функціонує

- 1 – набрякла слизова оболонка верхньощелепної пазухи;
- 2 – співусть верхньощелепної пазухи;
- 3 – остіомеатальний комплекс.

Патогенетично обгрунтоване лікування вимагає проведення іригаційної терапії препаратами морської води та призначення засобів із протинабряковою, протизапальною, секретолітичною дією відповідно до провідних патогенетичних ланок ГВРС. Крім того, ураховуючи наявність фонового та поглибленого вірусного інфекцією локального імунodefіциту, а також ризику приєднання бактеріальної інфекції, показані препарати з імуностимулюючою дією. Для попередження поліпрагмазії слід надавати перевагу засобам із комплексною фармакологічною дією, що дають змогу одночасно впливати на основні ланки патогенезу захворювання. Основною вимогою

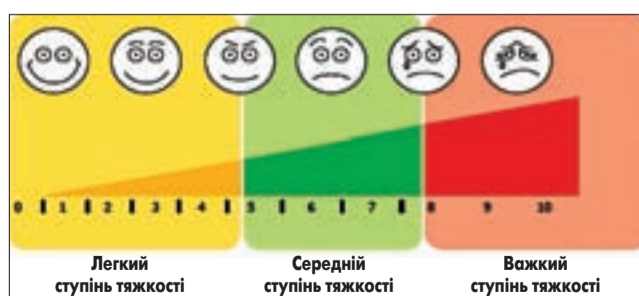


Рис. 2. Ступені тяжкості ГРС за ВАШ

Таблиця 1. Суб'єктивні прояви (симптоми), важливі для діагностики ГРС

Великі симптоми	Малі симптоми
Біль або розпирання в ділянці обличчя (ураженої пазухи)	Головний біль
Порушення носового дихання	Втомлюваність
Стікання виділень по задній стінці глотки	Неприємний запах з рота
Порушення нюху	Зубний біль
Слизово-гнійні виділення з носа	Кашель
Гарячка	Біль/відчуття повноти у вусі

Таблиця 2. Ступені тяжкості ГРС

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

до таких засобів у контексті лікування ГВРС є поєднання компонентів із протизапальною, протинабряковою, секретолітичною, імуностимулюючою та протифейковий дією (щодо вірусів і бактерій) дією, а критерієм їх призначення є доведена ефективність, яка базується на засадах доказової медицини.

Таким чином, у пацієнтів із ГВРС патогенетично обгрунтованим є ефективне видалення слизу, зволоження СО, покращення мукоциліарного транспорту, зменшення набряку і, відповідно, відновлення носового дихання та покращення якості життя. У цьому плані фізіологічним підходом до лікування є використання іригаційних та протинабрякових засобів – ізотонічних і гіпертонічних розчинів морської води, зокрема Аква Маріс та Аква Маріс Стронг.

Комплексний багатовекторний фармакотерапевтичний вплив, спрямований на основні ланки патогенезу ГВРС, а саме зменшення набряку, покращення реологічних властивостей назального слизу, реактивацію мукоциліарного кліренсу, зменшення явищ запалення, забезпечує найкращий лікувальний ефект. Крім того, важливими є також протівірусна й антибактеріальна дія, активація локального імунного захисту, які вважаються потужним засобом профілактики рецидиву вірусних і розвитку бактеріальних (гнійних) ускладнень ГВРС. До таких комплексних засобів відноситься фітоніринговий препарат Синупрет.

Застосування патогенетично обгрунтованої терапії ГВРС препаратами з комплексною дією, тропною до СО дихальних шляхів, дає виражений лікувальний ефект уже на 3-5-й день майже в усіх пацієнтів і забезпечує їх одужання на 6-8 день.

Критеріями ефективності призначеної терапії вважають нормалізацію загального стану дитини, температури її тіла; відновлення носового дихання; зникнення патологічних виділень із носа та запальних явищ, відновлення носового дихання.