

Гострий вірусний риносинусит: сучасні погляди на етіопатогенез, діагностику та лікування

В.І. Попович

Івано-Франківський національний медичний університет
Здоров'я України. Тематичний номер, лютий 2015 р.

Гострі риносинусити (ГРС) належать до групи гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) – збірної групи патологій, спричинених різними факторами, які поєднані на основі спільності епідеміології, патогенезу та особливостей клініки і за яких ураження дихальних шляхів є провідним синдромом. Раніше запалення синусів асоціювалося, як правило, з наявністю інфекції. З отриманням нової інформації про природний перебіг ГРС стало очевидним, що в основі патологічних процесів лежить не тільки і не стільки інфекція. Тому в останні роки існує загальне погодження, що ГРС може бути визнаний як запалення (не інфекція) слизової оболонки. Провідна роль інфекції, як вірусної, так і бактеріальної, залишається в етіопатогенезі лише деяких форм ГРС.

На сьогодні вважається більш прийнятним, коли термін «риносинусит» вживається для опису запалення, а не інфекції. Термін «запалення» охоплює як інфекційні, так і неінфекційні механізми. Однак ГРС етіопатогенетично в переважній більшості випадків пов'язаний з гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ) – ГРЗ, спричиненими вірусами. ГРС вважається запальним процесом риногенного походження, за якого порушені вентиляція і дренаж додаткових пазух носа, як правило, на тлі ГРВІ. Вірусна інфекція надзвичайно швидко запускає патогенетичний каскад запалення. Під впливом вірусів клітини миготливого епітелію втрачають війки, розвивається набряк слизової оболонки, який зумовлює дисфункцію, а в подальшому – блокаду співусть навколоносових пазух. Руйнування війок, порушення вентиляції навколоносових пазух з підвищенням в'язкості секрету на тлі посилення набряку слизової оболонки різко знижує ефективність мукоциліарного транспорту і призводить до порушення дренажу, що створює умови для розвитку вторинного, бактеріального запалення.

Гострі вірусні риносинусити (ГВРС) швидко трансформуються в післявірусні, частина з яких зумовлена бактеріями (так званий гострий бактеріальний риносинусит), а дисфункція співусть навколоносових пазух є ключовим моментом, який запускає складний патогенетичний каскад ГРС. Розшифровка й розуміння основних ланок і етапів розвитку захворювання є важливою умовою призначення лікування, яке ґрунтується на втручаннях в етіопатогенез, оскільки воно завжди ефективне. У таких випадках застосовується комплекс препаратів етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії.

Етіопатогенез ГВРС

Провідним етіопатогенетичним чинником ГВРС є набряк слизової оболонки носової порожнини та навколоносових 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. Відбувається подальше скупчення вірусів на поверхні епітеліального шару слизової оболонки. Це стає сигналом для клітин, що беруть участь у її захисті, – нейтрофілних гранулоцитів, еозинофілів, опасистих клітин, макрофагів, базофілних гранулоцитів, лімфоцитів, тобто клітин,



Мал. 1. Гострий вірусний РС (епітеліт).

Співусть з пазухою функціонує:

- 1 – набрякла слизова оболонка верхньощелепної пазухи,
- 2 – співусть верхньощелепної пазухи,
- 3 – остіомаєтальний комплекс

які забезпечують насамперед неспецифічну ланку локальної резистентності (імунітету) слизової оболонки верхніх дихальних шляхів (ВДШ). Під час активації цих клітин, а також зі зруйнованих вірусом епітеліоцитів, вивільнюються так звані передіснуючі медіатори запалення – гістамін, брадикінін, серотонін, фактор агрегації тромбоцитів, простагландини, у результаті дії яких розвивається реактивний набряк слизової оболонки та навколоносових пазух. Товщина слизової оболонки носової порожнини, насамперед остіомаєтального комплексу та навколоносових пазух, швидко збільшується в десятки разів, але співусть з пазухою залишається функціональним (мал. 1).

На фоні руйнування війчастого епітелію та набряку слизової оболонки відбувається зменшення відносної частки зольфази назального слизу, що призводить до порушення евакуації гелі-фази й поглиблення патологічних змін слизової оболонки. Оскільки альтеративні зміни при ГВРС стосуються поверхневого (епітеліального) шару слизової оболонки, то її запальні морфологічні зміни можна охарактеризувати як епітеліт.

Вірусна інфекція запускає патогенетичний ланцюг ГВРС. Основними ланками етіопатогенезу є вірусна флора, реактивний набряк, порушення реології секрету та локальний імунodefіцит. Згідно зі статистичними даними ГВРС виявляється у 54,3% пацієнтів.

Методи діагностики ГВРС та інтерпретація отриманих даних

В основі діагностики ГВРС лежать часові критерії (терміни виникнення та тривалості симптомів), вираженість симптомів, а також оцінка ступеня тяжкості перебігу захворювання.

1. Анамнез

У діагностиці ГВРС важливим є те, що тривалість захворювання не перевищує 3–4 днів. Риносинусит переважно розпочинається як прояв ГРВІ (80% випадків), етіологічними факторами яких можуть бути понад 200 вірусів, причому різні віруси зумовлюють різні клінічні особливості ураження ВДШ:

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	Утомлюваність
Стікання виділень по задній стінці глотки	Неприємний запах з рота
Порушення нюху	Зубний біль
Слизисто-гнійні виділення з носа	Кашель
Гарячка	Біль/відчуття повноти у вусі

• риновіруси та коронавіруси уражають переважно слизову оболонку носа;

- реовіруси – носа та глотки;
- віруси парагрипу – гортані;
- віруси грипу – трахеї;
- РС-вірус – бронхів і бронхіол;
- аденовіруси – лімфоїдну тканину глотки та кон'юнктиви.

У зв'язку з тропністю вірусів до слизової оболонки певних відділів респіраторного тракту клінічні форми ГВРС є дуже різноманітними і часто можуть бути представлені супутнім фарингітом, ларингітом, трахеїтом, бронхітом тощо, однак усіх їх об'єднує наявність запального процесу у ВДШ.

2. Суб'єктивні прояви

Основні клінічні симптоми ГРС наведено в табл. 1.

Діагноз ГРС встановлюють за наявності у хворого >2 великих або 1 великого та >2 малих симптомів. Аналіз і оцінка суб'єктивних проявів захворювання особливо актуальні для лікарів усіх спеціальностей: оториноларингологів, загальної практики–сімейної медицини, педіатрів, терапевтів, оскільки оцінка клінічної симптоматики є основою діагностики ГРС.

3. Дані об'єктивних обстежень/

Зовнішній огляд

Під час зовнішнього огляду звертають увагу на стан м'яких тканин обличчя. Часто спостерігається легкий симетричний набряк тканин орбіт. Проводять пальпацію передньої та нижньої стінок лобних пазух, внутрішнього кута очниці, передньої стінки верхньощелепних пазух, а також місця виходу n. supra- та n. infraorbitalis. При ГВРС пальпація і перкусія в проекції пазух не болочі, у точках виходу n. supra- та n. infraorbitalis злегка болочі. Лімфатичні вузли шиї не збільшені.

Фарингоскопія

Під час орофарингоскопії звертають увагу на стан м'якого піднебіння, бокових відділів глотки, мигдаликів, задньої стінки глотки. У хворих на ГВРС часто виявляють гіперемію слизової оболонки задньої стінки глотки, стікання виділень по задній стінці. Фарингоскопічне обстеження здатний виконати лікар будь-якої спеціальності.

Передня риноскопія (проводиться спеціалістом-оториноларингологом)

Встановлюють наявність гіперемії та набряку слизової оболонки, а також патологічних виділень у просвіті носової порожнини. Залежно від ступеня вираженості набряку може реєструватись легкий, виражений набряк або обструкція носових ходів. Для ГВРС характерні гіперемія, набряк слизової оболонки носа, звуження просвіту носових ходів, а також ясні слизові виділення в носових ходах.

4. Визначення ступеня тяжкості

З метою адекватної інтерпретації отриманих даних і визначення лікувальної тактики важливо визначити ступінь тяжкості перебігу ГРС (табл. 2). В основу шкали оцінки покладені основні локальні й загальнозапальні симптоми риносинуситу.

Згідно із сучасними стандартами визначення ступеня тяжкості ГРС має базуватися на суб'єктивному оцінюванні свого стану пацієнтом за 10-сантиметровою візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) (рис. 2).

Максимальна оцінка тяжкості симптомів становить 10 балів. Найчастіше при ГВРС стан пацієнтів оцінюють у 3–5 чи 5–6 балів, що відповідає перебігу легкого та середнього ступеня тяжкості, рідше – у 8–10 балів, що свідчить про тяжкий перебіг.

У діагностиці ГВРС важливим є те, що тривалість захворювання не перевищує 3–4 днів, типовим є легкий чи середнього ступеня тяжкості перебіг захворювання. Характерні помірний головний біль, закладеність носа, серозно-слизова ринорея, кашель (переважно у денний час), гіперемія задньої стінки глотки, підвищена температура тіла. Оцінка тяжкості перебігу процесу за ВАШ, як правило, не перевищує 4–5 балів.

Важливо! Відповідно до сучасних рекомендацій EPOS (редакція 2012 р.), ані рентгенографія навколоносових пазух, ані тим більше СКТ чи МРТ, ані діагностична пункція, ані мікробіологічне дослідження не вважаються необхідними для підтвердження діагнозу ГРС, і в рутинній клінічній практиці використання цих методів дослідження не показано. Їхнє застосування рекомендовано переважно в таких випадках:

- ознаки розвитку ускладнень;
- необхідність оперативного втручання;
- неефективність емпіричної лікувальної тактики;
- рецидивний характер перебігу.

Лікування ГВРС

Лікування ГВРС, як правило, не передбачає госпіталізації хворого і проводиться в амбулаторному режимі. Особливості клінічного перебігу та тяжкість захворювання і визначають рутинну, або так звану емпіричну, лікувальну тактику, яка базується на розумінні основних ланок і етапів розвитку захворювання. Провідними етіопатогенетичними чинниками ГВРС є вірусна флора, реактивний набряк, порушення реології секрету та локальний імунodefіцит на фоні функціонуючого остіомеатального комплексу (співусть навколоносових пазух).

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). У зв'язку з цим протівірусні засоби використовують тільки у разі

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 	<p>Те саме +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Висока лихоманка (>39 °C) • Порушення загального самопочуття • Головний біль

тяжкого перебігу РС. Пацієнтам із легким або середнім ступенем тяжкості перебігу захворювання протівірусна терапія не показана (наказ МОЗ України від 16.07.2014 р. № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях»). З урахуванням провідної ролі вірусів як етіологічного чинника при ГВРС антибактеріальна терапія не показана.

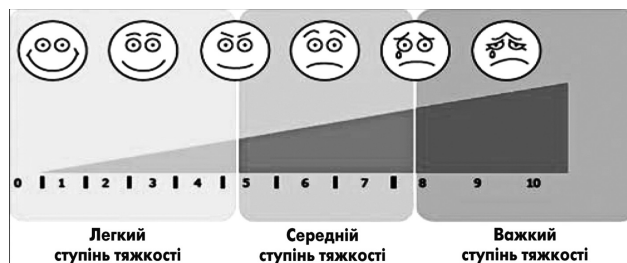
Патогенетично обґрунтоване лікування вимагає призначення препаратів із протинабряковою, протизапальною, секретолітичною дією відповідно до провідних патогенетичних ланок ГВРС. Крім того, враховуючи наявність фонового та поглибленого вірусно інфекційного локального імунodefіциту, а також ризику приєднання бактеріальної інфекції, показані також препарати з імуностимулювальною дією. Прагнення вплинути на всі перераховані ланки етіопатогенезу ГВРС призводить у повсякденній практиці до призначення 4–5, а іноді й більшої кількості препаратів. Поліпрагмазія неминує спричиняє значний перелік небажаних ефектів як медичного, так і морального та фармакоекономічного характеру. Тому під час лікування ГВРС слід надавати перевагу засобам із комплексною фармакологічною дією, що дає змогу одночасно впливати на основні ланки етіопатогенезу захворювання. Основною вимогою до таких засобів у контексті лікування ГВРС є поєднання компонентів із протизапальною, протинабряковою, секретолітичною, імуностимулювальною та протинфекційною (щодо вірусів та бактерій) дією, а критерієм їх призначення є доведена ефективність, яка базується на засадах доказової медицини.

У пацієнтів із ГВРС патогенетично обґрунтованим є обмеження контакту слизової оболонки з вірусами та біологічно активними продуктами зруйнованих ними клітин респіраторного епітелію як основної причини прогресування набряку і запального процесу в цілому. Для запобігання їхньому прогресуванню, вторинному бактеріальному інфікуванню необхідне ефективне видалення слизу, у тому числі за допомогою сольових розчинів.

Симптоматичне лікування не є провідним, але фактично воно завжди використовується лікарем, а особливо пацієнтом у плані самолікування. Симптоматичне лікування особливо потрібне для поліпшення якості життя хворого на перших етапах етіопатогенетичного лікування. Як відомо, провідною ланкою патогенезу ГВРС є виражений набряк слизової оболонки носа і навколососових пазух. Тому найчастіше для симптоматичного лікування використовують деконгестанти.

Набряк слизової оболонки носа при ГВРС на відміну від інших форм має певні особливості. Реактивні набрякові зміни слизової оболонки зумовлені вивільненням величезної кількості вазоактивних речовин (гістаміну, брадикініну та ін.) зі зруйнованих клітин епітеліального шару, які, всмоктуючись із поверхневих шарів слизової оболонки, сприяють розширенню судин і гідратації тканин. Використання в даній ситуації судинозужувальних засобів спричиняє пригнічення мікроциркуляції і секреції, що зумовлює відчуття печіння, сухості в носі. Крім того, пригнічення мікроциркуляції призводить до застою і накопичення в тканинах токсичних продуктів. У зв'язку з цим повторне використання препарату зумовлює прогресування запального процесу, а також розвиток синдрому «рикошету» (rebound-syndrome) – зворотного ефекту від використання деконгестантів. Це потребує більш частого використання засобу, яке стає практично неконтрольованим. З урахуванням високої системної біодоступності такі препарати чинять виражений системний симпатоміметичний вплив (збудження, головний біль, безсоння, нудота, тахікардія, підвищення артеріального та внутрішньоочного тиску), а в низці випадків їхнє застосування підвищує вірогідність отруєння, особливо у дітей (в структурі найчастіших причин отруєння у дітей назальні деконгестанти посідають третє місце).

Таким вимогам, як зменшення і ліквідація набряку слизової оболонки носової порожнини, відповідає використання іригаційної, осмотично активної терапії ізотонічними та гіпер-



Мал. 2. Ступені тяжкості ГРС за ВАШ

тонічними сольовими розчинами. Для використання найбільш ефективними і зручними є аерозольні препарати з розміром крапель аерозолію 30–150 мкм, що забезпечує найбільш оптимальне розподілення препарату по поверхні слизової оболонки.

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 та антибактеріальна дія, активація локального імунного захисту, які вважаються потужним засобом профілактики рецидиву вірусних та розвитку бактеріальних (гнійних) ускладнень ГВРС.

Застосування патогенетично обґрунтованої терапії ГВРС препаратами з комплексною дією, тропною до слизової оболонки дихальних шляхів, показане для лікування всіх без винятку хворих на гострий риносинусит, серед яких більш як у 54% випадків зустрічається ГВРС.

Середня тривалість лікування ГВРС

Призначення патогенетично обґрунтованої терапії ГВРС сприяє значній регресії суб'єктивної симптоматики й досягненню вираженого лікувального ефекту вже на 3–5-й день практично у всіх пацієнтів. Загалом середня тривалість лікування за умови адекватного його призначення становить 6–8 днів. Критеріями ефективності призначеної терапії вважають:

- нормалізацію загального стану, температури тіла;
- відновлення носового дихання;
- зникнення патологічних виділень з носа;
- зникнення запальних явищ у порожнині носа.

Профілактика ГВРС

Профілактичні заходи вважаються найоптимальнішим напрямом при будь-яких захворюваннях, оскільки, впливаючи на першопричину, запобігають виникненню хвороби. У разі обґрунтування профілактичних заходів при ГВРС принципово важливим є положення про те, що провідним етіологічним чинником їхнього розвитку слугує респіраторна вірусна інфекція. Ураховуючи різноманіття патогенних вірусів – збудників ГРВІ, специфічна профілактика не завжди виявляється ефективною, що зумовлює доцільність призначення засобів, що стимулюють насамперед неспецифічну ланку локального імунітету ВДШ. Заходи неспецифічної профілактики дають змогу зменшити частоту розвитку ГРВІ і, таким чином, попередити розвиток ГВРС.

Вимоги до неспецифічних імунomodуляторів:

- повинні впливати на механізми природженого імунітету (перша лінія захисту);
- мають гальмувати реплікацію більшості респіраторних вірусів;
- повинні мати хороший профіль безпеки (навіть у разі тривалого використання).

Така методологія лікування й профілактики є універсальною та прийнятною як для оториноларингологів, так і для спеціалістів загальної практики–сімейної медицини і педіатрів як лікарів першого контакту для хворих на ГВРС.