

Ю.В. Дєєва, д.м.н., професор, завідувачка кафедри оториноларингології,
С.В. Довгич, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Досвід застосування комплексних препаратів у хворих із гострим вірусним і поствірусним риносинуситом

Риносинусит (РС) незмінно потрапляє до десятки найпоширеніших діагнозів в амбулаторній лікарській практиці та посідає 5-те місце серед захворювань, щодо яких призначається антибактеріальна терапія [1]. Симптоми гострих РС маніфестують тоді, коли уражаються слизові оболонки приносних пазух і порожнини носа. Оскільки слизова оболонка носа та приносних пазух – єдине ціле, гострий запальний процес уражатиме ці слизові оболонки, а ізольоване запалення слизової оболонки порожнини носа чи будь-якої з приносних пазух може визначитися при хронічних захворюваннях [2]. Це обґрунтовує доцільність використання терміна «РС».

Частота гострих вірусних РС (ГВРС) або застуди становить від 2 до 5 епізодів/рік в 1 людини [3]. Діагноз гострого поствірусного риносинуситу (ГПВРС) встановлюється за наявності клінічної симптоматики в пацієнта протягом ≥ 10 днів або в разі погіршення стану через 5 днів від початку захворювання [4]. Ця патологія зустрічається рідше – ≈ 3 випадків на 100 жителів/рік [3]. З огляду на те що гострі РС зазвичай мають вірусну етіологію, для них характерні такі самі сезонні тенденції, як і для всіх видів ГРВІ [5]. Інфекції верхніх дихальних шляхів, у т. ч. РС, є чи не найчастішою причиною звернень до педіатрів і сімейних лікарів протягом осінньо-зимового періоду [7]. Актуальність проблеми полягає у тому, що ця патологія виходить за межі отоларингології: інфекції верхніх дихальних шляхів – група найрозповсюдженіших захворювань, з якими мають справу в своїй практиці лікарі різних спеціальностей – сімейні лікарі, терапевти, пульмонологи, алергологи, інфекціоністи [6]. У США $\frac{1}{2}$ звернень до лікарів загальної практики обумовлена запальними процесами дихальної системи; в кожного третього із цих пацієнтів діагностується гострий РС [8].

Діагностика та лікування РС пов'язані зі значними фінансовими витратами в системі охорони здоров'я. Так, у США лише **прямі витрати на лікування та діагностику гострого РС перевищують 11 млрд дол./рік, окремо при цьому вираховуються матеріальні збитки від тимчасової втрати працездатності через захворювання [4].** Згідно з наведеними вченими розрахунковими даними, в Україні гострий РС щороку реєструють у 6 млн осіб (водночас допускається, що частка хворих не звертається по медичну допомогу, тому ці дані не враховані статистично) [6].

Початковим етапом розвитку захворювання зазвичай є контакт із вірусним агентом. Фактори, що підвищують імовірність розвитку РС, – несприятливі умови навколишнього середовища, зниження загального та місцевого імунітету, алергічні захворювання, поява антибіотикорезистентності. Отже, РС – типовий прояв ГРВІ (як і фарингіт, ларингіт, трахеїт або бронхіт).

За класифікацією EPOS 2012, 2020 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) виокремлюють такі форми: вірусну, поствірусну, бактеріальну.

Бактеріальна форма гострого РС спостерігається в 0,5-2,0% від усіх РС, тоді як ГВРС і ГПВРС становлять 90-98%.

Отже, ГВРС – гостра респіраторна вірусна інфекція, що уражає верхні дихальні шляхи та приносні пазухи. Етіологічним фактором є респіраторні віруси (рино- та коронавіруси, аденовіруси, парвовіруси, віруси грипу і парогрипу, реовірус, пікорнавірус, герпесвіруси). Найчастіше вони передаються повітряно-крапельним шляхом від інфікованого пацієнта,

не виключена реалізація і контактного шляху поширення збудників. Тривалість інкубаційного періоду залежить як від особливостей, притаманних мікроорганізму, так і стану імунітету сприйнятливого макроорганізму; може становити від 1 доби до декількох тижнів.

Віруси під час проходження через слизову оболонку порожнини носа інфікують епітеліоцити та зв'язуються з рецепторами молекул міжклітинної адгезії, а також клітинних мембран. Процес реплікації вірусів зумовлює дисфункцію миготливого епітелію, пригнічення мукоциліарного транспорту порожнини носа та приносних пазух, гіперпродукцію секрету келихоподібними клітинами, що формує надлишок слизу, який ушкоджений миготливий епітелій не в змозі повноцінно евакуювати. Серед факторів патогенезу РС важливу роль відіграють надмірне утворення в'язкого слизу, порушення дренажу, аерації ПНП і мукоциліарного кліренсу [9]. Транспортну функцію миготливого епітелію забезпечує слиз. Саме він є важливим фактором для запобігання інфікуванню епітеліальних клітин різною патологічною мікрофлорою. Крім того, існують неспецифічні фактори місцевого імунітету – лізоцим, лактоферин, дефензини, які працюють на рівні слизової оболонки та посилюють захисні реакції носової порожнини. Збій у цих системах спричиняє розвиток інфекційного запального процесу. Внаслідок цих процесів відбувається обструкція в ділянці природних співствур приносних пазух і порушується їхня дренажно-вентиляційна функція. Застій секрету, порушена аерація порожнин пазух посилюють запальні явища, створюючи умови для формування хибного кола [10].

Сучасний підхід до терапії гострих РС передбачає комплексний вплив на ланки патогенезу не лише для усунення симптомів, а й для зменшення ймовірності розвитку ускладнень. Останнім часом фахівці всіх галузей медицини з метою запобігання формуванню антибіотикорезистентності приділяють величезну увагу доцільності призначення цієї групи препаратів і формуванню жорстких уніфікованих показань до проведення антибактеріальної терапії. Гострі РС не є винятком. Застосування протимікробних засобів у пацієнтів із діагнозом гострого РС є доцільним лише за наявності суворих показань до їх призначення. З огляду на рекомендації EPOS 2020 показаннями для призначення системної антибактеріальної терапії може бути поєднання клінічних і лабораторних критеріїв, які свідчать про наявність бактеріального генезу РС.

Як зазначається в EPOS 2020, терапія ГВРС може існувати у вигляді самолікування після консультації з провізором або у вигляді лікування, що призначається сімейним лікарем. На цьому етапі доцільним є застосування нестероїдних протизапальних препаратів,

місцевих і системних деконгестантів, іригаційної терапії сольовими розчинами. Для терапії ГПВРС, окрім вищезазначених засобів, рекомендовано призначати топічні кортикостероїди. На відміну від попередньої редакції EPOS (2012), у сучасній версії (2020) важливе місце в лікуванні гострих РС посідає фітотерапія, що довела свою ефективність численними дослідженнями [4].

Препарати, виготовлені на основі лікарських рослин, для лікування хворих на РС мають вагомий переваги порівняно із їхніми синтетичними аналогами. Лікарські засоби, виготовлені з природної сировини, чинять м'якшу дію на організм, рідше за синтетичні засоби спричиняють побічні реакції; зазвичай їх можна застосовувати навіть дітям, а також протягом тривалого часу. Фармакологічні дослідження довели ефективність цієї групи препаратів і засвідчили їхню противірусну та протимікробну дію [4]. Але важливішою є наявність секретолітичного ефекту, який зумовлює відновлення мукоциліарного транспорту. В EPOS 2020 (як і в редакції 2012 року) щодо лікування пацієнтів із РС розглядають ефективність саме фітотерапії, але на відміну від EPOS 2012 року фітотерапію розглядають окремо для ГВРС і ГПВРС.

Одним із фітотерапевтичних засобів, які можуть рекомендуватися за РС, є дієтична добавка **Синувіт**, створена за оригінальною технологією, зі вмістом ключових біологічно активних речовин лікарських рослин, який гарантує достатній стабільний ефект.

Кафедрою оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ) проведено дослідження клінічної ефективності дієтичної добавки **Синувіт** у пацієнтів із діагнозом ГВРС і ГПВРС, які перебували на амбулаторному спостереженні на клінічних базах кафедри. Кількість пацієнтів склала 60 осіб (віком від 18 до 65 років). Хворих розподілили на основну – 32 особи, а також контрольну групу – 29 осіб (табл. 1).

Критерії виключення:

- ✓ вік <18 або >65 років;
- ✓ наявність ознак гострого бактеріального РС;
- ✓ пацієнти з підтвердженими ускладненнями чи підозрою на наявність ускладнень ГРС;
- ✓ хворі, котрі мають складну супутню патологію (цукровий діабет, захворювання крові, онкологічні захворювання тощо);
- ✓ пацієнти, які приймають препарати, що можуть спотворити результати дослідження (муколітики, противірусні, фітопрепарати з аналогічними показаннями до застосування, кортикостероїди, антигістамінні препарати, антибіотики).



Ю.В. Дєєва

Таблиця 1. Розподіл за групами

	Кількість пацієнтів	Середній вік (років)	Стать (ч/ж)	Середня оцінка симптомів SNOT-22
Основна група	32	31,4	16/16	48,1
Контрольна група	29	31,8	13/16	47,5

Під час первинного візиту пацієнти заповнювали анкети відповідно до SNOT-22 (Sinonasal Outcome Test) – одного із запропонованих опитувальників, який застосовується для оцінювання результатів лікування. У хворих збирали анамнез, проводили спеціальне отоларингологічне й ендоскопічне обстеження, деяким пацієнтам призначався загальний аналіз крові (за потреби виключення діагнозу бактеріального РС). Під час повторних оглядів ЛОР-лікарем знову заповнювалася анкета SNOT-22.

Упродовж лікування пацієнтів не менше 3 разів оглядав оториноларинголог: під час первинного візиту та при повторних візитах після проведеного лікування не раніше 5-7-ї, а також 10-12-ї доби після початку терапії.

Як лікування пацієнтам контрольної групи призначалася базова терапія – сольові розчини в ніс із метою догляду за порожниною носа, нестероїдні протизапальні препарати (за потреби). Хворі основної групи, крім базового лікування, вживали **Синувіт** по 1 капсулі 3 р/день протягом 7-10 днів. Під час повторного огляду оцінювалася ефективність призначеного лікування шляхом порівняння анкет SNOT-22 і змін ЛОР-органів під час оглядів.

Позитивний результат спостерігався з 5-го дня лікування. Ринорея, постназальне затікання зменшилися у 38% пацієнтів контрольної групи, тоді як в основній групі ці симптоми зменшилися в 47%. На 10-й день лікування хворі контрольної групи скаржилися на незначні виділення з носа, зниження нюху, тоді як у пацієнтів основної групи деякі симптоми були повністю відсутні. За результатами опитування, найбільше турбував симптом закладеності носа; він зберігався в деяких пацієнтів навіть після завершення лікування. Саме обструкцією порожнини носа та порушенням носового дихання більшість хворих пояснювали відсутність повноцінного нічного сну й складність при засинанні. На 5-ту добу захворювання спостерігалася покращення носового дихання в 20,7% пацієнтів контрольної групи та в 34,4% хворих основної групи. На 10-12-ту добу лікування був наявним у 13,8% пацієнтів контрольної групи та 6,9% основної.

Слід зазначити, що 7 хворих (5 – основна група, 2 – контрольна) самостійно чи за рекомендацією лікаря закінчили приймати базову терапію через регрес скарг із 5-7-го дня від початку терапії, проте за відсутності більшої кількості пацієнтів достовірність швидшого одужання хворих (переважно основної групи) оцінити неможливо. Результати обстеження пацієнтів до та протягом лікування продемонстровано в таблиці 2.

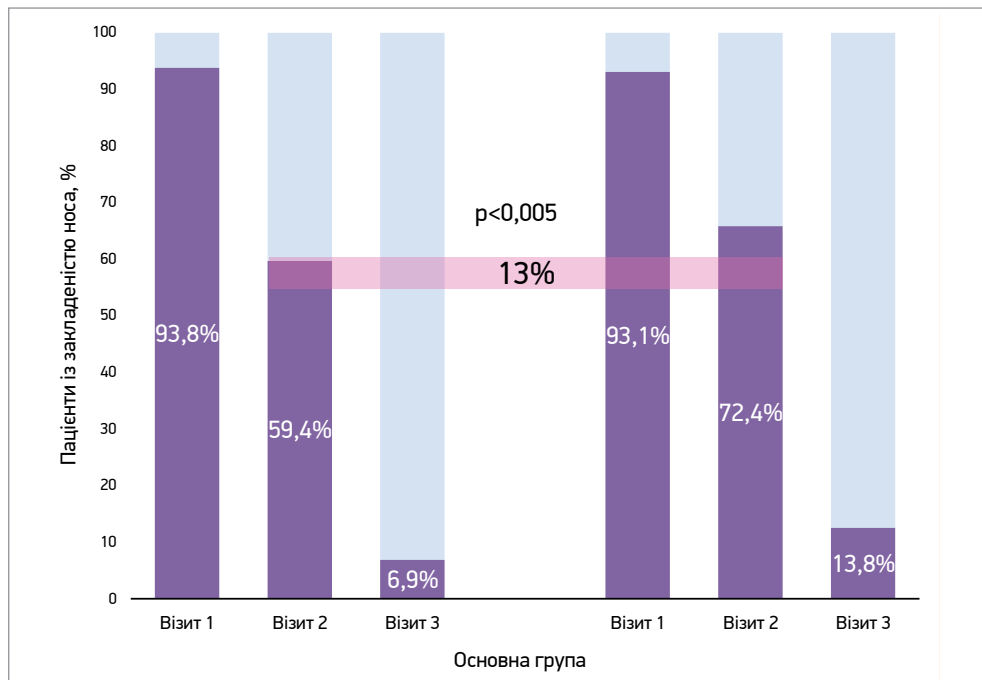


Рис. 1. Перебіг закладеності носа в пацієнтів

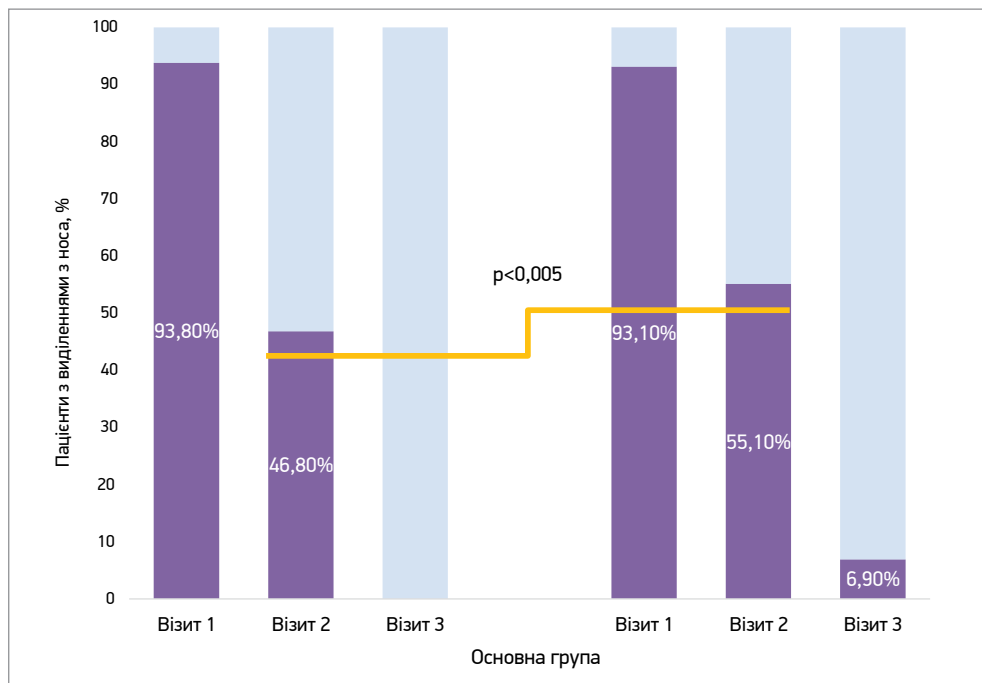


Рис. 2. Перебіг симптому «виділення з носа»

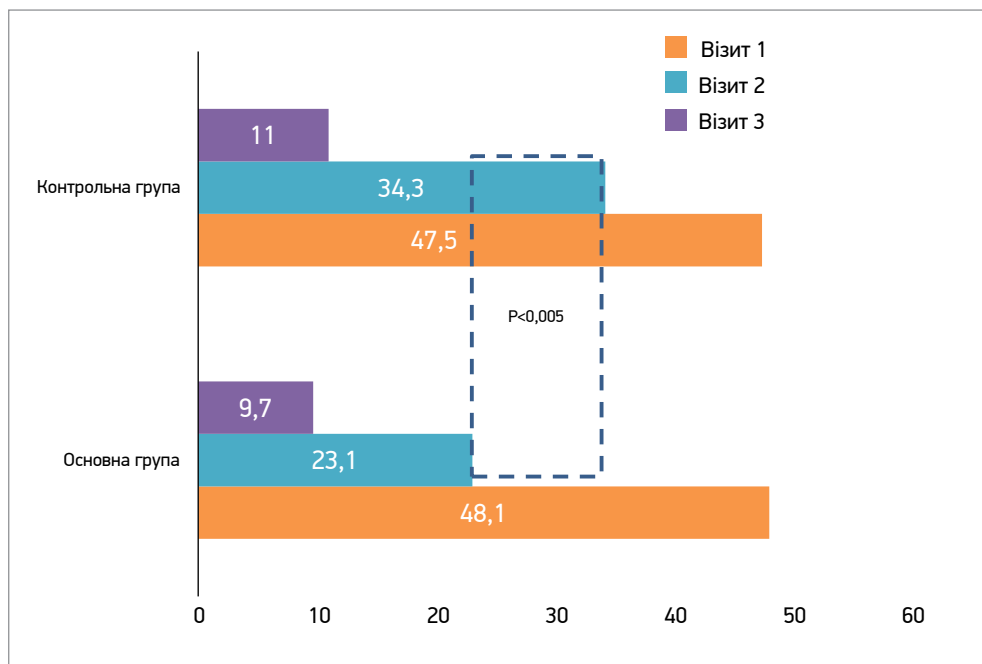


Рис. 3. Середня сума балів SNOT-22 на момент кожного візиту

Таблиця 2. Перебіг симптомів протягом лікування

Симптоми	1-й візит	2-й візит	3-й візит
Виділення з носа: основна група	93,8%	46,8%	0%
контрольна група	93,1%	55,1%	6,9%
Закладеність носа	93,1%	72,4%	13,8%
Кашель	34,4%	12,5%	3,1%
	34,5%	20,7%	10,3%
Закладеність вух	87,5%	43,8%	6,9%
	89,6%	48,3%	6,9%
Лицевий біль	65,6%	12,5%	3,1%
	62,1%	20,7%	10,3%
Відсутність повноцінного нічного сну	93,8%	9,4%	3,1%
	96,6%	13,8%	6,9%

Значимий регрес симптомів і різниця між групами, згідно з даними перебігу симптомів, відзначалися на 2-й візит ($p<0,005$). Пацієнти основної групи мали вираженіший регрес симптомів під час 2-го візиту. На рисунках 1, 2 зображено динаміку наявності симптомів, які найбільше турбували хворих, – закладеності носа та виділень із носа. Різниця на момент 2-го візиту сягала 13 та 9,3% відповідно. З отриманих даних показано, що 40,6% хворих основної групи вже на 2-й візит не спостерігали закладеності носа, а 53,2% не мали виділень з носа. Порівняно з контрольною групою на момент 2-го візиту лише 27,6% не скаржилися на закладеність носа, 44,9% не мали ринореї. Проте ці дані

не демонструють того, наскільки наведені симптоми були виражені та як вони впливали на якість життя хворих під час захворювання. На момент 3-го візиту в більшості хворих обох груп залишалися незначні скарги. Однак симптом ринореї (виділення з носа) в основній групі не турбував жодного пацієнта (3-й візит).

Екстраполюючи дані анкетування SNOT-22, стає очевидним той факт, що навіть за наявності одних і тих самих симптомів у хворих обох груп пацієнти основної групи мали менший середній бал SNOT-22, тому можна стверджувати, що основна група значно легше переносила

захворювання ($p<0,005$). Водночас найбільша різниця в якості життя спостерігалася на момент 2-го візиту, що продемонстровано на рисунку 3. На 3-й візит шкала вираженості симптомів не мала статистично значимої різниці, тобто на момент одужання в хворих обох груп зберігалися залишкові явища певних симптомів, що особливо не впливало на якість їхнього життя.

Серед небажаних ефектів при вживанні **Синувіту** в 1 пацієнта основної групи спостерігалася діарея, що добре підлягала медикаментозній корекції без припинення вживання дієтичної добавки.

Висновки

Згідно з результатами досліджень, дієтична добавка рослинного походження **Синувіт** добре переносилася пацієнтами, здатна сприяти зменшенню клінічних проявів ГВРС і ГПВРС.

У хворих, котрі вживали **Синувіт**, спостерігалася вираженіша позитивна динаміка: швидше відновлювалася вентиляційна та дренажна функція приносних пазух порівняно з пацієнтами, які отримували лише базову терапію. У хворих основної групи швидше відбувалося відновлення працездатності за рахунок зменшення вираженості симптомів гострого РС та відновлення якості їхнього життя, що можна було прослідкувати за динамікою SNOT-22. **Синувіт**, імовірно, впливаючи на патогенез запального процесу в порожнині носа та приносних пазухах, може сприяти скороченню тривалості базової терапії, зменшуючи, своєю чергою, імовірність розвитку ускладнень з боку ЛОР-органів, органів нижніх дихальних шляхів. Слід зазначити, що можливою причиною відміни препаратів для 5 хворих під час 2-го візиту основної групи є дія саме рослинного засобу **Синувіт**, що, за результатами дослідження, сприяв покращенню загального самопочуття порівняно з контрольною групою.

Отже, можна стверджувати, що рослинний засіб **Синувіт** доцільно рекомендувати для комплексного ведення ГВРС та ГПВРС.

Список літератури знаходиться в редакції.

