

Н.О. ПЕЛЕШЕНКО, О.О. НАУМОВА

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВАЗОМОТОРНИЙ РИНИТ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Закладеність носа, утруднене носове дихання – це симптоми багатьох захворювань верхніх дихальних шляхів (ВДШ). Майже кожна людина у житті стикалась із проблемами носового дихання, що виникають на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), алергічних захворювань, різних запальних захворювань ВДШ. В науковій літературі зустрічається досить багато публікацій стосовно різних аспектів запалення слизової оболонки порожнини носа. Перш за все у верхніх дихальних шляхах, після дії патогенетичного чинника, виникає запальний процес. Прояви запалення в слизовій оболонці порожнини носа досить різноманітні та багатофункціональні. Запалення верхніх та нижніх дихальних шляхів близькі за своїм патогенезом, який базується на загальній структурі, зокрема слизових оболонок. До одного із видів такого запалення відноситься вазомоторний риніт.

Вазомоторний риніт (ВР) – це стан, при якому порушується носове дихання. Часто ВР зустрічається у практично здорових дітей і дорослих і відноситься до розряду найпоширеніших патологічних станів у порожнині носа [1]. Основні його прояви – закладеність носа, серозні виділення при різкій зміні температури навколишнього повітря, нічне сопіння чи хропіння. Проблема даного захворювання є надзвичайно актуальною в роботі отоларинголога, оскільки кількість хворих з цією патологією щорічно зростає. До того ж, у багатьох хво-

рих на ВР наявні супутні недуги, які погіршують перебіг основного захворювання. Вазомоторний риніт не є серйозним захворюванням, але він може суттєво порушувати якість життя як дорослої людини, так і дитини, викликати дискомфорт, незручність у спілкуванні. Діти переносять його тяжче. Часто цей патологічний стан змушує хворого постійно використовувати судинозвужувальні краплі, що може згодом призвести до розвитку медикаментозного чи атрофічного риніту.

Класифікується це захворювання як хронічний неінфекційний риніт. Але з п'яти звичайних ознак запалення при вазомоторному риніті присутні тільки дві – порушення функції та набряк слизової оболонки. Раніше, у зв'язку зі схожістю клінічних проявів, захворювання поділяли на дві форми: алергічну та нейровегетативну. В основі першої лежить алергічна реакція на зовнішні подразники, в основі другої – механізми регуляції судинного тону. Зараз це вже дві різні нозологічні одиниці, враховуючи етіопатогенетичні механізми розвитку [1, 2]. З клінічної точки зору загальноприйнятим є розподіл неспецифічних ринітів на гострі та хронічні. Серед останніх виділяють катаральний, гіпертрофічний, атрофічний і вазомоторний. Вазомоторний риніт, в свою чергу, поділяють на нейровегетативну та алергічну форми. Однак на практиці часто ці дві форми можуть співіснувати паралельно, утворюючи змішану форму і викликаючи у

дітей і дорослих відповідну клінічну картину. Вилікувати такий риніт можна, впливаючи на обидва механізми.

В етіології вазомоторного риніту присутньо багато чинників, що можуть призвести до розвитку даного патологічного процесу, а саме:

- викривлення носової перегородки чи інші анатомічні зміни порожнини носа;

- неалергічна подразнююча дія пилу та інших агентів на слизову оболонку порожнини носа;

- зміни гормонального фону під час природних циклів організму, при вагітності, при прийомі гормональних препаратів;

- реакція на прийом деяких лікарських засобів (нестероїдних протизапальних, гіпотензивних, судинозвужуючих препаратів);

- підвищена реакція організму на метеорологічні умови, перепади температури, вологості навколишнього повітря, зміну атмосферного тиску;

- індивідуальна гіперзбудження нервової системи, надмірна реакція на звичайні подразники. Може супроводжуватися змінами з боку травної та серцево-судинної систем.

Внаслідок того, що досить багато чинників можуть призводити до розвитку вазомоторного риніту, дуже важливим є проведення диференційної діагностики для встановлення правильного діагнозу та причини виникнення даного патологічного стану. Отже, основними клінічними проявами вазомоторного риніту є закладеність носа, що може виникати по черзі то з одного, то з іншого боку. Ця закладеність може змінюватись в залежності від положення хворого. Пацієнти скаржаться на активне виділення серозного вмісту, що посилюється при вході з вулиці у приміщення в холодну пору року або під час вживання гарячих напоїв чи гарячої їжі та періодичні напади чхання. Іноді хворі скаржаться на загальну стомлюваність, зниження працездатності, втрату нюху. Отже в патогенезі вазомоторного риніту можна виділити наступні ланки запального процесу: внаслідок дії різних чинників виникає патологічна судинна реакція як прояв запального процесу. Місцева гіперемія характеризується підвищенням тиску в дрібних артеріях, артеріолах, капілярах, вену-

лах. При цьому тиск у капілярах і венулах стає вищим, ніж осмотичний тиск плазми, що призводить до фільтрації рідкої частини крові з обмінних мікросудин та розвитку запального набряку. Тобто в слизовій оболонці порожнини носа, зокрема в нижніх носових раковинах, виникає патологічний судинний процес, що проявляється вазомоторною дистонією, порушенням кровообігу і капілярної проникності слизової оболонки порожнини носа [3]. Треба звернути увагу на те, що при вазомоторному риніті патологічні зміни виникають не тільки судинного характеру, але виникають і нейротрофічні зміни. Таким чином, в механізмах нейротрофічної регуляції тканин й органів одним з найважливіших ланцюгів є капілярно-венулярний відділ системи мікроциркуляції, участь якого здійснюється через безпосередній зв'язок нервових закінчень зі стінками мікросудин або ж шляхом впливу через клітини, що виділяють фізіологічно активні (вазоактивні) речовини.

Так розвивається один із головних симптомів вазомоторного риніту – утруднене носове дихання. Утруднення носового дихання, що є провідним симптомом гіпертрофічного і вазомоторного ринітів, обумовлене збільшенням носових раковин. Їх “гіпертрофія” розвивається внаслідок тривалого порушення кровообігу, значних змін судинного русла, перш за все вен і печеристих сплетень, різних стадій дегенерації нервових волокон. При набряку (гіпертрофії) порушується транспортна функція миготливого епітелію і розвивається ще один симптом ВР – виникають серозні виділення із порожнини носа. Зниження всмоктувальної здатності слизової оболонки носа призводить до фіброзу, зменшується кількість кровоносних судин, кінцевих відділів залоз та їх вивідних протоків. Внаслідок цього розвиваються незворотні зміни в слизовій оболонці порожнини носа, зокрема в нижніх носових раковинах.

Методи лікування вазомоторного риніту – консервативні і хірургічні. Вибір методу залежить від того, якими причинами був викликаний вазомоторний риніт [4]. Тому вилікувати це захворювання можна тільки після встановлення причини. Основний принцип лікування риніту – регулярне

звільнення носових ходів від слизу. Для цього використовують іригаційну терапію розчинами морської солі. На перших етапах лікування можна порадити хворому застосування місцевих деконгестантів та інтраназальних кортикостероїдів [5]. Також важливе значення має фізичне навантаження, здоровий спосіб життя, дієта.

При відсутності ефекту від консервативного лікування необхідно ставити питання про хірургічне втручання. Виходячи з механізму розвитку, яким характеризується хронічний вазомоторний риніт, лікування, в першу чергу, передбачає хірургічне відновлення функціонування внутрішньоносових структур та їх нормальної будови [7]. Сучасні методи втручань нерідко виконуються амбулаторно із застосуванням сучасної ендоскопічної апаратури та інструментарію.

В наш час, коли ми маємо великий арсенал лікарських засобів та виробів медичного призначення, ми можемо провести медикаметозне лікування, впливаючи відразу на патогенез запального процесу.

Метою нашою роботи було проведення патогенетичної терапії у хворих на вазомоторний риніт. Треба було підібрати саме той препарат, який мав би вплив на процеси мікроциркуляції, поліпшував кровообіг, усував зміни фіброзу. Саме до таких препаратів можна віднести венотоніки комбінованої дії, до яких відноситься і дієтична добавка «Флего» («Ворвартс Фарма») в питних стіках по 15 мл [8]. Препарат має в своєму складі гесперидин, діосмін, екстракт центелли азійської та екстракт чорниці. Дана комбінація речовин підтримує нормальне функціонування венозно-лімфатичної системи та сприяє поліпшенню мікроциркуляції в тканинах організму, покращенню венозного відтоку та лімфатичного дренажу. Діосмін та гесперидин є біофлавоноїдами рослинного походження. Діосмін нормалізує тонус венозних та лімфатичних судин, зменшує венозний та лімфатичний застій, зменшує проникність стінки судин та адгезію лейкоцитів і нейтрофілів до ендотелію вен, покращує мікроциркуляцію і трофіку тканин, зменшує синтез тромбоксану. Гесперидин зменшує венозний застій, покращує мікроциркуляцію, зменшує запалення та тромбоутворення, покращує лімфатичний

дренаж, зменшує ламкість та зміцнює стінки дрібних судин, завдяки чому знижує їх проникність, що зумовлює зменшення набряків. Екстракт центелли азійської містить азіатикозиди, які покращують периферичний кровообіг, зменшують набряки, запалення та тромбоутворення, регулюють біосинтез колагену та гіалуронової кислоти, модулюють активність фібробластів в судинній стінці зміцнюють стінки вен, підвищують пластичність судинної стінки, знижують проникність судин, покращують епітелізацію та прискорюють загоєння, виявляють легкий седативний ефект та інші ефекти. Екстракт чорниці містить антоціанідини, які знижують ламкість капілярів, нормалізують проникність капілярів, укріплюють стінки кровоносних судин, проявляють протизапальну та протинабрякову дію, покращують мікроциркуляцію, відновлюють синтез колагену. Отже на нашу думку, та думку іноземних дослідників [8] дана комбінація речовин може вплинути на патогенез розвитку вазомоторного риніту.

В дослідженні взяли участь 27 пацієнтів зі встановленим діагнозом вазомоторного риніту, 17 чоловіків та 10 жінок віком від 20 до 55 років. Перед дослідженням всі хворі були проконсультовані лікарем-алергологом для виключення алергічного риніту. Для диференційної діагностики між ВР та АР були проведені наступні дослідження: прик-тести з інгаляційними алергенами, назоцитограма. Тим пацієнтам, у яких було виявлено підвищену кількість еозинофілів в назоцитограммі, було проведено скринінговий тест Phadiatop.

Також пацієнтам було проведено загальноклінічні обстеження, які включали огляд отоларинголога (збір анамнезу, передня, задня риноскопія, ендоскопічне дослідження носа та носоглотки, дослідження нюхової функції, при необхідності було проведено КТ приносних пазух). При проведенні передньої риноскопії, ендоскопічного дослідження порожнини носа у хворих було виявлено гіпертрофію нижніх носових раковин I-II ступеню та незначне викривлення носової перегородки. У всіх хворих, що брали участь в дослідженні, було включено діагноз алергічного риніту, хронічного риносинуситу, поліпозного риноси-

нуситу, також було виключено наявність новоутворень в порожнині носа та приносних пазухах.

Всім пацієнтам призначався препарат «Флегго» як монотерапія, по 1 стіку або 1 флакону 1 раз на добу, протягом 10 діб. Оцінка лікування проводилась за бальною системою. За основу була використана бальна система оцінки Г.Д. Тарасової, що була розроблена в 2007 році та використовувалась успішно для оцінки різних отоларингологічних досліджень [9, 10]. Оцінка стану пацієнта проводилась на 2, 7 та 10-у добу лікування. Всім пацієнтам були надані опитувальники для оцінки їх стану за такими показниками:

- ступінь утруднення носового дихання (де 0 балів – нормальний стан, 1 – незначне утруднене носового дихання, 2 – виражене утруднення носового дихання, 3 – носове дихання практичне відсутнє);

- рівень ринореї (0 – відсутність виділень з порожнини носа, 1 – незначні виділення, 2 – помірні виділення, 3 – велика кількість виділень);

- стан нюхової функції (0 – порушення

нюху відсутнє, 1 – періодичне погіршення нюху, 2 – виражене зниження нюху, 3 – відсутність нюху);

- транспортна функція миготливого епітелію (0 – в межах норми, 1 – порушення I-го ступеню, 2 – порушення II-го ступеню, 3 – порушення III-го ступеню);

- якість життя (0 – не має порушень загального стану, 1 – пацієнт відмічає підвищену стомлюваність, 2 – пацієнт відмічає виражену стомлюваність, 3 – пацієнт відмічає виражену стомлюваність, зміну сну, настрою – дратівливість, внаслідок зниження дихання);

- користування судиннозвужувальними краплями (0 – користуюсь тільки під час застудних захворювань, 1 – користуюсь 2-3 рази на місяць, 2 – користуюсь 2-3 рази на тиждень, 3 – користуюсь судиннозвужувальними краплями 1-2 рази на добу).

Також під час дослідження всім пацієнтам проводився отоларингологічний огляд, що включав передню риноскопію та ендоскопію порожнини носа.

Результати оцінки стану пацієнта за бальною системою представлено в таблиці.

Бальна оцінка стану пацієнтів з ВР під час монотерапії препаратом «Флегго»

Ознаки	Оцінка до початку лікування	2-а доба лікування	7-а доба лікування	10-а доба лікування
Ступінь утруднення носового дихання	2	2	1	0-1
Рівень ринореї	2	2	0	0
Стан нюхової функції	1-2	1-2	1-0	0
Якість життя	2-3	2-3	1-2	0-1
Користування судиннозвужувальними краплями	2	2	0-1	0

Перед початком лікування у всіх хворих було встановлено діагноз ВР. Симптоми захворювання були оцінені на рівні 2 балів. На 2-у добу після початку лікування хворі не відмічали ніяких змін в своєму стані. Перше поліпшення пацієнти відчули поступово на 5-6-у добу від початку лікування, що досягло максимуму на 10-у добу лікування. Всі пацієнти перестали користуватись судиннозвужувальними краплями під

час лікування. Всім хворим було рекомендовано продовжити приймати препарат «Флегго» протягом 12 тижнів. Після повного курсу лікування пацієнтам було рекомендовано повторне повне обстеження у отоларинголога, алерголога. На 10-у добу, під час передньої риноскопії, ендоскопії порожнини носа було відмічено, що нижні носові раковини зменшились в розмірах до 0-I ступеню, хворі не відмічали наявності виділень

з порожнини носа. Всі пацієнти, що брали участь в дослідженні, відмітили поліпшення якості життя (поліпшився сон, знизилась загальна втомлюваність).

Таким чином, ми можемо достовірно стверджувати, що медикаментозне лікування вазомоторного риніту можливе при впливі на патогенез даного захворювання.

Література

1. Pukhlik SM. [Vasomotor rhinitis (diagnosis and treatment)] [dissertation]. Kyiv: SI «Inst-te of otolaryngology of NAMS»; 2000. 24 p. [In Ukrainian].
2. Clement PAR. [Classification of rhinosinusitis]. *Rhinology (Ukr.)*. 2004;(2):3-20. [In Ukrainian].
3. Alperin DE. [Inflammation. Guide to Pathological Physiology]. Moscow: Medicine; 1966. Vol. 1. P. 64-8. [In Russian].
4. Barbieri M. Surgery for allergic and vasomotor rhinitis: how and when? *Proceedings of XX International Symposium Infection and Allergy of the Nose*; 2001; Yaroslavl. Yaroslavl, Russia; 2001. p. 49.
5. Zabolotny DI, Yaremchuk SE. Drug treatment of patients with allergic rhinitis. *Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej*. 2002;(3):3-16. [In Ukrainian].
6. Tishko FO, Kuzmuk IO. [The role of the curvature of the nasal septum in the formation of chronic rhinitis]. *Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej*. 2008;(3-c): 122. [In Ukrainian].
7. Hol MK, Huizing EH. Treatment of inferior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques. *Rhinology*. 2000;38(4): 157-66.
8. Ezzat W.F., Sobhy T.S., Mady O.M., Shendy G.M., Ezzat W.F., Sobhy T.S., Mady O.M., Shendy G.M. Role of Diosmin-Hesperidin Combination (Daflon® Tablets Servier) in Treatment of Vasomotor Rhinitis. *New York science journal*. 2020; 13(1):1-5.
9. Tarasova GD. Possibilities of preventing recurrence of chronic rhinosinusitis. *RMZh*. 2007;(1):1-5.
10. Zabolotny DI, Melnikov OF, Peleshenko NA. Scoring of the clinical and immunological state of persons of different ages with chronic rhinosinusitis. *Rhinology (Ukr.)*. 2008;(4):3-6.

Надійшла до редакції 28.07.2021

© Н.О. Пелешенко, О.О. Наумова, 2021