

Клинический случай длительной гипосмии после перенесенной коронавирусной инфекции

Светлана Дума¹

Corresponding Author: Светлана Дума, duma.svetlana@yandex.ru

¹ duma.svetlana@yandex.ru

Abstract

Эффективное лечение длительной гипосмии (более 4-х месяцев) после перенесенной коронавирусной инфекции. До сих пор только предполагается, что длительно сохраняющаяся гипо и аносмия (более 15–20 дней) обусловлена возможным поражением непосредственно обонятельных рецепторных клеток, естественный период восстановления которых может затянуться до 2 месяцев.

Также не следует недооценивать значимость обоняния для пациента, так как хемосенсорная дисфункция не только снижает качество жизни, но и может привести к тяжелым неврологическим и нейропсихиатрическим осложнениям (например, к депрессии, когнитивным нарушениям и др.).

Keywords: длительная гипосмия ,последствие коронавирусной инфекции

Introduction

Нарушение обоняния — один из наиболее распространенных симптомов новой коронавирусной инфекции. Изменение хемосенсорной функции происходит в первые дни заболевания и может быть единственным симптомом COVID-19. Данные исследований среди европейского населения показывают, что обонятельная дисфункция, ассоциированная с COVID-19, встречается в 60–80 % случаев, у представителей Восточной Азии — в 30 %. Такие явления, как затруднение носового дыхания, насморк, нехарактерны для COVID-19. В большинстве случаев восстановление обонятельной функции происходит самопроизвольно в течение одного месяца на фоне лечения основного заболевания. Проведение дополнительных лечебных мероприятий не требуется. Чаще всего 60–70 % пациентов с COVID-19 отмечают улучшение обоняния на 8–9-й день заболевания, у 80–90 % полное восстановление наблюдается к 15-му дню. И только 10–15 % заболевших вынуждены обращаться за медицинской помощью по поводу отсутствия обоняния на протяжении более 20 дней. Приведенные временные данные восстановления обонятельной функции можно объяснить патофизиологическими механизмами, происходящими в обонятельном эпителии под воздействием SARS-CoV-2. Предполагается, что длительно сохраняющаяся аносмия (более 15–20 дней) обусловлена возможным поражением непосредственно обонятельных

рецепторных клеток, естественный период восстановления которых может затянуться более 2-х месяцев. По данным А. Vroegor и соавт.[1] пандемия SARS-CoV-2 повысила осведомленность о гипосмии или аносмии как о потенциальной сопутствующей симптоматике. Специалисты призывают организаторов здравоохранения и ВОЗ особенно отметить, что пациенты с изолированным нарушением обоняния могут быть скрытыми носителями и распространителями вируса [2]. Включение аносмии в критерии для самоизоляции могло бы помочь предотвратить распространение пандемии и снизить число заболевших, в том числе, ЛОР-врачей и хирургов, которых в Европе стало больше, чем инфицированных врачей других специальностей [2,3].

Timeline

2021-04-05

амбулаторный прием невролога, Женщина, 46 лет

Narrative

Жалобы при обращении. Гипосмия: сохранилось оценка только резких запахов. Не возможности ощущать более тонкие запахи (нет возможности оценить аромата выпечки, запаха кофе, духов и т. д.). Раздражительность по пустякам, плохой сон (трудно заснуть), участились головные боли.

Анамнез заболевания: гипосмия появилась во время заболевания новой коронавирусной инфекции Covid 19 в январе 2021г. Перенесла пневмонию (30% объема обеих легких). аносмия с 4 дня заболевания, в феврале, на фоне общей положительной динамики, отмечала появление динамики в ощущении запахов, но только резких и неприятных, на момент осмотра гипосмия сохраняется более 4-х месяцев, что значительно ухудшает качество жизни пациентки. **Анамнез жизни:** В анамнезе заболеваний ЛОР органов – хронический аллергический ринит с 2011г. Последнее обострение 2 года назад. С 2015г отмечает подъемы АД до 160/95 мм рт. ст. по поводу которого регулярно с 2015г. принимает препарат престиллол (престариум 5мг + бисопролол 5 мг), который эффективно поддерживает АД в пределах 120/70 мм рт.ст. Не курит, алкоголь не употребляет.

С 2019г периодически в осенне-весенний период на фоне переутомления на работе, стрессов отмечает появление головных болей по типу головных болей напряжения, которые эффективно лечит немедикаментозными способами: массаж, МТ и седативные

препараты (ново-пассит 1-2 месяца по 2т/сут.). Данные осмотра: АД 118/80 мм рт. ст. Пульс 70 уд/мин В неврологическом статусе: ЧМН- гипосмия, н/л асимметрия нечетко слева, в остальном ЧМН б/особенностей. Силовых парезов нет. Все СХР оживленны, равные, патологических знаков нет Координация не нарушена. Чувствительных нарушений нет. Эмоционально лабильна. Данные дополнительных инструментальных методов исследования:

HADS: тревога 16 баллов; депрессия 9 баллов.

Нейропсихологические методы: КШОПС-26 баллов (ошибки в серийном счете, не назвала отсрочено 2 слова.; Мокотест -24; нейродинамические тест (таблицы Шульте 52 сек-48 сек-45 сек- 54 сек-60 сек.-фиксировано замедленное выполнение проб к концу теста. Литеральные ассоциации -12, категориальные ассоциации 24 (норма).

MPT головного мозга (май 2021г.) – множественные очаги сосудистого генеза с 2-х сторон в подкорковых базальных ганглиях и внутренней капсуле. Умеренная диффузная церебральная атрофия

Диагноз: Поражения обонятельного нерва. Поражение 1-го черепного нерва (G52.0); Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (I 67.3)

Perspective

Отдельного внимания заслуживает вопрос о медикаментозном лечении расстройств обоняния, вызванных инфицированием коронавирусом. В конкретном клиническом случае у практикующего врача появляются проблемы по выбору терапии. Доказательных положений в этой области пока не существует. На данный момент эксперты соглашались с тем, что назначение системных кортикостероидов не рекомендуется, так как это повышает риск развития интерстициальной пневмонии и острой дыхательной недостаточности и нивелирует манифестацию основных симптомов заболевания [4, 19, 20, 27]. В то же время многие эксперты придерживаются мнения, что при нарушениях обоняния на фоне коронавирусной инфекции можно и нужно рекомендовать кортикостероиды назального применения [21, 22]. Стоит отметить, что опубликованные положения документа ВОЗ ARIA (Аллергический ринит и его влияние на астму) и ЕЕАСИ (Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии) настоятельно рекомендуют больным бронхиальной астмой, аллергическим ринитом (АР) продолжать базисную терапию ингаляционными и/или интраназальными кортикостероидами в обычном режиме даже в том случае, если произошло инфицирование коронавирусом. Отмена базисной терапии при сезонном АР приводит к усилению симптомов, в частности чихания, и распространению инфекции [27]. Кроме того, кортикостероиды способны повышать защитный потенциал эпителиального покрова верхних дыхательных путей, в том числе к воздействию вирусов [19, 28]. В данном клиническом случае пациентка принимала в течение 1 месяца препарат назонекс (мометазон фураат) интраназально -без эффекта

Discussion

Клинические подходы к лечению гипо- или anosмии при COVID-19 пока недостаточно сформированы. Назначение интраназальных глюкокортикостероидов при нарушении обоняния избирательно рекомендовано в случае наличия сопутствующих признаков воспаления слизистой оболочки полости носа, ранее назначенная терапия у данной пациентки эффекта не дала. На момент осмотра назначена терапия: Престилол 5/5 - 1 раз в день; Коэнзим композитум - 3 раза в/м в неделю 8 недель; Траумель®С по 1 таб. 3 р. в день 4 недели; Эуфорбиум композитум - спрей 3 раза в день по 1 дозе в каждый носовой ход - 4 недели; Нервохель 1 т. 3 раза в день, 3- 6 недель. Повторный осмотр через 60 дней (2 месяца) - отмечается положительная динамика по коррекции гипосмии - стала различать больше оттенков запахов, улучшилось настроение (стала более спокойной) и сон. Отмечает улучшение когнитивных функций - стала более внимательна, меньше истощается при нагрузках. Пациентка настроена на продолжение терапии «до полного восстановления обоняния». Отмечает улучшение нормализации сна и внимания. Рекомендовано продолжить прием нервохель 1 т. 3 раза в день до 12 недель, гипотензивную терапию и обонятельную тренировку. Тренировка проводится пациентом самостоятельно и представляет собой регулярное, от 2 до 8 и более раз в день, вдыхание носом ароматических пахучих веществ. Наборы одорантов составляются произвольно. В частности, это могут быть эфирные масла (роза, эвкалипт, лимон, гвоздика 2 раза в день), нанесенные на ватный диск. Осмотр в августе 2021 г. (7 месяц реабилитации). На фоне терапии Нервохель 1 т. 3 раза в день до 12 недель, обонятельных тренировок по 2-3 раза в день; отдыха на море - отмечает значительное улучшение - восстановление обоняния, эмоционально стала более спокойна; нормализовался сон и показатели АД. Отмечает значительно реже стали беспокоить головные боли.

.

Conclusion

Сегодня рассматривается много теорий нарушения обоняния при COVID-19. Пока специалистам не удалось выработать единое мнение, многие придерживаются мультифакторной теории, согласно которой гипо и anosмия при SARS-CoV-2 имеет смешанный характер. Если нарушение обоняния при SARS-CoV-2 имеет транзиторный характер, и несмотря на то, что трудно переносится пациентами очень часто не требует системных мер лечения.

Если гипо и anosмия теряет обычный транзиторный характер и персистирует после купирования других симптомов заболевания, следует назначить контроль обонятельной функции в динамике и рассмотреть вопрос о рекомендации больному дополнительных медикаментозных и немедикаментозных средств для скорейшего восстановления [19, 20].

Acknowledgements

Исследования показывают, что наиболее типичными симптомами COVID-19 являются оториноларингологические и пульмонологические проявления: кашель, боль в горле и одышка. но в то же время COVID-19 может проявляться исключительно изолированной внезапной гипо- или аносмией. При длительной гипо и аносмии невролог может прописать препараты, улучшающие трофику нервной ткани, в том числе и обонятельных рецепторов, а также порекомендовать обонятельный тренинг и рефлексотерапию. Также не следует недооценивать значимость обоняния для пациента, так как хемосенсорная дисфункция не только снижает качество жизни, но и может привести к тяжелым неврологическим и нейропсихиатрическим осложнениям (например, к депрессии, когнитивным нарушениям и др.).

References

Литература:

1. *Vroegop AV, Eeckels AS, Van Rompaey V, et al. COVID-19 and olfactory dysfunction — an ENT perspective to the current COVID-19 pandemic. B-ENT 2 May 2020. <https://doi.org/10.5152/B-ENT.2020.20127>*
2. *Lechien JR, Hopkins C, Saussez S. Sniffing out the evidence; It's now time for public health bodies recognize the link between COVID-19 and smell and taste disturbance. Rhinology. 2020. <https://doi.org/10.4193/Rhin20.159>*
3. *Moein ST, Hashemian SMR, Mansourafshar B, Khorram-Tousi A, Tabarsi P, Doty RL. Smell dysfunction: a biomarker for COVID-19. International Forum of Allergy & Rhinology. 2020. <https://doi.org/10.1002/alr.22587>*
4. *Damm M., Quante G., Jurk T., Sauer J.A. (2004) Nasal colonization with Staphylococcus aureus is not associated with the severity of symptoms or the extent of the disease in chronic rhinosinusitis. Otolaryngol. Head. Neck Surg., vol. 131, no 3, pp. 200–206*
5. *Riggioni C, Comberati P, Giovannini M, Agache I. A compendium answering over 140 questions on COVID-19 and SARS-CoV-2. Preprint May 29, 2020. <https://doi.org/10.22541/au.159076950.07819469>*
6. *Hopkins C, Bachert C, Scadding G, Hummel T, Hellings P. Information for rhinologists on COVID-19. European Rhinologic Society. 2020. Accessed May 30, 2020.*
7. *Bousquet J, Akdis C, Jutel M, Bachert C, Klimek L, Agache I, Ansotegui IJ, Bedbrook A, Bosnic-Anticevich S, Canonica GW, Chivato T, Cruz AA, Czarlewski W, Del Giacco S, Du H, Fonseca JA, Gao Y, Haahtela T, Hoffmann-Sommergruber K, Ivancevich JC, Khaltaev N, Knol EF, Kuna P, Larenas-Linnemann D, Mullol J, Naclerio R, Ohta K, Okamoto Y, O'Mahony L, Onorato GL, Papadopoulos NG, Pfaar O, Samolinski B, Schwarze J, Toppila-Salmi S, Ventura MT, Valiulis A, Yorgancioglu A, Zuberbier T; ARIA-MASK study group. Intranasal corticosteroids in allergic rhinitis in COVID-19 infected patients: an ARIA-EAACI statement. Allergy. 2020. <https://doi.org/10.1111/all.14302>*
8. *Steelant B, Seys SF, Van Gerven L, Van Woensel M, Farré R, Wawrzyniak P, Kortekaas Krohn I, Bullens DM, Talavera K, Raap U, Boon L, Akdis CA, Boeckxstaens G, Ceuppens JL, Hellings PW. Histamine and T helper cytokine-driven epithelial barrier dysfunction in allergic rhinitis. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2018; 141:951-963. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.08.039>*