

М.А. ЗАВАЛИЙ, С.Б. БЕЗШАПОЧНЫЙ

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СИНУСИТА

*Крым. гос. мед. ун-т им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь;
Укр. мед. стомат. академия, г. Полтава*

В Украине среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, до 40% составляют люди, страдающие синуситами. По данным статистики, 15-17% пациентов, которые приходят на прием в поликлинику, обращаются с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух [12]. Около 50% детей с верхнечелюстными синуситами продолжают болеть, став взрослыми [16]. Ежегодно количество больных синуситами увеличивается на 1,5-2% [4]. Хронические синуситы встречаются у 10% населения [6].

Возрастающая заболеваемость острыми и хроническими синуситами определяет важность изучения патогенеза и выявления этиологических факторов для разработки новых методов лечения, способствующих повышению его эффективности. Этиология и патогенез синуситов характеризуются многочисленностью факторов и многосторонностью проявлений.

В первую очередь, следует учитывать наличие у больного сопутствующей патологии в полости носа, которая является predisposing фактором развития основного заболевания. В таком случае консервативное лечение целесообразно комбинировать с хирургическим вмешательством. Наиболее часто встречающимися нарушениями архитектоники полости носа, которые приводят к снижению функции мукоцилиарного транспорта, являются: искривление перегородки носа, ложная и истинная гипертрофия носовых раковин, obturация носовых ходов полипами, аденоиды. Травмы мягких тканей лица и лицевого скелета нарушают аэрацию околоносовых пазух [2, 14], вследствие этого воздушный поток, по-

ступающий в них, становится неадекватным функциональным возможностям их слизистой оболочки. При этом характер повреждения околоносовых пазух определяется состоянием их соустьев: при блокаде последних развивается острая экссудативная форма заболевания; при зияющих соустьях формируется хроническое продуктивное ограниченное воспаление слизистой оболочки [5, 8]. Поэтому проведение хирургических вмешательств на околоносовых пазухах и полости носа должно быть направлено не только на санацию очага воспаления, но и на устранение препятствий на пути воздушного потока, идущего по общему носовому ходу в сторону хоаны, т.е. необходим комплексный подход при выполнении операций [1]. Несоблюдение функционального подхода при лечении больных синуситом может способствовать переходу острого воспаления в хроническую форму. Отказ от выполнения корригирующих операций на внутриносовых структурах приводит к стойкому нарушению аэродинамики в полости носа, что вызывает микротравмы эпителиального покрова, нарушая его целостность и барьерную функцию, а также способствует проникновению в собственный слой слизистой оболочки микроорганизмов, аллергенов и других повреждающих субстанций [2, 7, 9, 10].

Воздействие на очаг воспаления должно включать в себя как общие, так и местные методы лечения. Рациональное сочетание общих мер воздействия на организм с местной терапией является основным принципом консервативного лечения при синуситах. При острых и хронических гнойных синуситах необходимо произво-

дуть пункцию и дренирование пораженных пазух, вводить в них антисептики, а после выяснения характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам назначать соответствующие препараты. Парентеральное введение антибактериальных средств необходимо применять у пациентов с явлениями общей интоксикации, высокой температурой тела, сильными головными болями и при наличии выраженных местных реактивных явлений, проявляющихся отеком мягких тканей лица, периоститом, инфильтрацией орбитальной клетчатки или флегмоной орбиты [13, 15].

Известно, что многие антибактериальные препараты в официальной концентрации и даже в разведении оказывают угнетающее действие на функцию слизистой оболочки. Если понижать концентрацию до приемлемой для слизистой оболочки, то может теряться бактерицидная активность препарата. Поэтому целесообразно подбирать комбинации антибактериальных препаратов с антисептиками, обладающими поверхностной активностью и способными потенцировать действие антибактериальных препаратов. Поверхностно-активные антисептики в силу присущей им способности скапливаться на границе раздела двух фаз и взаимодействовать с поверхностными структурами клетки – клеточной стенкой повышают ее проницаемость для лекарственных средств, в том числе и антибиотиков. Совместное использование ПАВ и антибиотиков предполагает преодоление лекарственной устойчивости возбудителей гнойно-воспалительных процессов и повышение терапевтического эффекта антибиотических препаратов, особенно в тех случаях, когда резистентность микроорганизмов обусловлена ограничением их доступа в клетку [3].

Некоторые авторы рекомендуют местно применять при гнойно-воспалительных заболеваниях поверхностно-активные препараты в сочетании с протеолитическими ферментами. Предложенное сочетание, по мнению авторов, повышает эффективность лечения [11].

Нами проведено комплексное лечение больных с обострением хронического гнойного синусита, включающее, кроме хирур-

гического вмешательства, предоперационную подготовку и послеоперационную терапию, исходя из основных звеньев патогенеза: нарушение эвакуации секрета, накопление продуктов воспаления, что клинически проявляется отеком слизистой оболочки и обструкцией выводного отверстия пазухи.

Обследовались больные с обострением хронического гнойного гайморита и гайморозтмоидита, одно- и двустороннего. Длительность заболевания составляла не менее 3 лет, периодичность обострения – не реже одного раза в год. При наличии у пациентов выраженной аллергии, очевидной одонтогенной природы заболевания или грубого искривления перегородки носа с нарушением функции дыхания в исследовании мы их не включали.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 148 человек в возрасте от 18 до 55 лет, из них женщин было 73, мужчин – 75. Больные были подразделены на группы в зависимости от вида лечения. У всех обследуемых выполнялось хирургическое вмешательство. Послеоперационный период в 1-й группе составил 7, во 2-й – 10 дней.

В 1-й группе (79 человек) операция производилась после курса трехдневной предоперационной подготовки, которая включала дренирование и промывание околоносовых пазух 0,01% р-ром мирамистина с последующим введением флуимуцила ИТ АБ; приём синупрета по 2 др. 3 раза в день; закапывание сосудосуживающих капель в нос; антибактериальную терапию – цефалоспорины второго или третьего поколения внутрь; за 40 мин до операции вводились внутривенно цефалоспорины второго поколения (1,5 г) или третьего (1,0 г). Хирургическое вмешательство у больных в группе сравнения (2-я группа – 69 человек) выполнялось без предварительного лечения после стандартного обследования в амбулаторных условиях.

По видам и объему хирургического вмешательства пациенты распределились следующим образом: этмоидотомия с ревизией среднего носового хода в 1-й группе осуществлялась у 16 человек, во 2-й – у 2; гайморозтмоидотомия в 1-й группе – у 29, во 2-й – у 38; гайморотомия с ревизией

среднего носового хода в 1-й группе – у 17, во 2-й – у 29; вскрытие передней буллы с ревизией естественного соустья верхнечелюстной пазухи – только у 10 обследуемых 1-й группы; операция деаэрация буллезно-изменённой средней носовой раковины – у 7 лиц 1-й группы.

Результаты и их обсуждение

При эндоскопическом обследовании у всех пациентов отмечены различные анатомические или функциональные нарушения.

Наиболее часто выявлялась функциональная несостоятельность естественного соустья вследствие отека или полипозной дегенерации слизистой оболочки, а также

значительное количество больных имели нарушение работы остиомеатального комплекса в результате комплекса деформации перегородки носа в проекции средней носовой раковины.

Наши наблюдения убедительно доказывают, что наличие патологических изменений в области остиомеатального комплекса может поддерживать рецидивирующий характер воспаления и способствует формированию хронического процесса, ведущего к метаплазии мерцательного эпителия, которая, по нашим наблюдениям, макроскопически проявляется полипозным изменением переднего конца средней носовой раковины (в 17,6% случаев).

Виды изменений, обнаруженных при эндоскопическом осмотре остиомеатального комплекса

Вид нарушения внутриносовых структур	Количество больных	
	2-я группа (n=79)	3-я группа (n=69)
Гипертрофия крючковидного отростка	10 (12,7%)	8 (11,6%)
Гипотрофия крючковидного отростка	4 (5,1%)	4 (5,8%)
Гипертрофия решетчатого пузыря	6 (7,6%)	5 (7,2%)
Буллезно измененная средняя носовая раковина	8 (10,1%)	6 (8,7%)
Полипозно измененная средняя носовая раковина	14 (17,7%)	12 (17,4%)
Блокада соустья верхнечелюстной пазухи	12 (15,2%)	14 (20,4%)
Сужение просвета соустья верхнечелюстной пазухи	14 (17,7%)	13 (18,8%)
Шип перегородки носа в проекции среднего носового хода	11 (13,9%)	7 (10,1%)

При осмотре полости носа в начале операции отек слизистой оболочки, ее гиперемия, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе были отмечены у 21 человека 1-й группы и у 60 – во 2-й группе. Такое различие в риноскопических показателях мы связываем с высокой эффективностью предоперационной подготовки больных 1-й группы. При отсутствии явных признаков обострения гнойного процесса в пазухах хирургическое вмешательство осуществлялось менее травматично, с незначительной кровоточивостью тканей.

Объем планируемой операции в ряде случаев был сужен, в связи с очевидно-

стью причин, поддерживающих рецидивирующий характер течения заболевания, поэтому у 17 пациентов 1-й группы с хроническим гайморитом достаточно оказалось вскрытия передней буллы с ревизией естественного соустья верхнечелюстной пазухи (10 человек) и у 7 – проведения деаэрации средней носовой раковины, хотя при их поступлении в клинику планировалось выполнение гайморотомии. Во 2-й группе клинические проявления заболевания на момент операции не позволили сузить объем хирургического вмешательства, и только у 2 лиц вместо гайморотомии с целью санации пазух была

произведена этмоидотомия с ревизией среднего носового хода.

Хирургические вмешательства осуществлялись под эндоскопическим контролем (эндоскопы Хопкинса 0⁰ и 45⁰). Гайморотомия выполнялась доступом с помощью троакара через переднюю стенку, осматривалась пазуха эндоскопами, удалялись патологически измененные ткани, оценивалась функциональная состоятельность естественного выводного отверстия. Этмоидотомия проводилась с использованием эндоскопии через средний носовой ход. Ревизия среднего носового хода включала тщательный осмотр структур среднего носового хода и средней носовой раковины. При обнаружении аномалий и патологических изменений выполнялась хирургическая коррекция: деаэрация средней носовой раковины, удаление латеральной костной стенки буллезно измененной раковины (concha bullosa), удаление полипозно измененной слизистой оболочки переднего конца средней носовой раковины, вскрытие решетчатого пузыря (bulla ethmoidalis). Чаще хирургическое вмешательство осуществлялось под местной анестезией после премедикации 2% р-ром Promedoli – 1,0 мл: у 35 больных (у 13 из 1-й группы и у 22 из 2-й). Операция производилась под ЭТН.

В раннем послеоперационном периоде, который длился в 1-й группе 7 дней, во 2-й – 10 дней, выполнялся тщательный туалет полости носа с эндоскопическим контролем, носовой душ – с 1% раствором морской соли при температуре 37⁰С. Кроме того, в 1-й группе пациенты продолжили прием «Синупрета» – по 2 др. 3 раза в день, всего до 10 дней. После окончания лечения в условиях ЛОР-стационара оперированным больным рекомендовалось в течение 7-10 дней делать орошение полости носа аэрозолем «Хьюмер изотонический» – по 2 впрыскивания 3-4 раза в день. Этот период у большинства оперированных протекал без осложнений. Повышение температуры тела в первые 3 дня после операции до субфебрильных цифр во 2-й группе отмечали 27 (34,2%) человек, в 3-й – 48 (69,6%). Отек слизистой оболочки полости носа первые 3 дня наблюдался у 32 (40,5%) лиц из 2-й группы и у 51 (73,9%) – из 3-й группы; по

истечению 5 дней после операции во 2-й группе умеренно выраженная отечность слизистой оболочки сохранялась у 9 (11,4%) обследованных, в 3-й группе – у 22 (31,9%). На головную боль жаловались 18 (22,9%) лиц 2-й группы и 24 (34,8%) – из 3-й группы в первые сутки после операции. У большинства пациентов первые 3 дня было выражено затруднение носового дыхания; к 5-у дню послеоперационного периода во 2-й группе оно отмечено у 17 (21,5%), но только в утренние часы, а после туалета полости носа и удаления геморрагических корок носовое дыхание становилось свободным. Через 7 дней лечения носовое дыхание было свободным, что позволило выписать больных из стационара. В 3-й группе через 5 суток послеоперационного лечения у 43 (62,3%) сохранялось затруднение носового дыхания, через 7 дней – у 28 (40,6%), через 10 дней 13 (18,8%) человек отмечали затруднение носового дыхания в утренние часы, а после туалета полости носа дыхание было свободным. Эти пациенты выписывались с рекомендациями – под наблюдение отоларинголога по месту жительства.

В последующем у всех больных проводились контрольные осмотры в оториноларингологической клинике через 2 нед, через 1 мес, 6 мес и через 1 год.

Наблюдение за пациентами в течение первого месяца после лечения показало, что в 1-й группе восстановление носового дыхания и нормализация риноскопической картины наступили через 7-10 дней, во 2-й – через 12-18. Отдаленные результаты, прослеженные в течение 1 года: в 1-й группе рецидива заболевания не обнаружено, во 2-й группе у 7 лиц имело место однократное обострение, у 5 – обострение наблюдалось дважды в течение 1 года. Процесс был купирован консервативным лечением.

Выводы

1. Предложенное нами комплексное лечение с учетом патогенетических нарушений, включающее обязательную предоперационную подготовку и патогенетическую терапию в послеоперационном периоде, является эффективным и может быть рекомендовано для практического применения.

2. Тщательное эндоскопическое исследование полости носа в период предоперационной подготовки больных хроническим гнойным синуситом позволяет адекватно оценить патологические изменения в области остиомеатального комплекса, а также способствует рациональному выбору вида и объема хирургического вмешательства в полости носа и на околоносовых пазухах, что позволяет сохранить участки неизменной слизистой оболочки околоносовых пазух, восстановить архитектуру и

функцию остиомеатального комплекса, а также добиться стойкого излечения больных.

3. При плановых хирургических вмешательствах на околоносовых пазухах целесообразно проведение предоперационной подготовки на догоспитальном этапе, что способствует повышению эффективности лечения, сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре, уменьшению риска развития послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

1. Абдурашитов Р.Ш. Анатомические аберрации, вызывающие нарушение дыхательной функции носа // *Рос. ринология*. – 2005. – №2. – С. 14.
2. Безшапочный С.Б., Лобурец В.В. Причины нарушения носового дыхания та шляхи їх усунення // *Клин. иммунология. Аллергология*. – Инфектология. – 2008. – №5/2. [http:// immuno.health-ua.com / articles/?num=18](http://immuno.health-ua.com/articles/?num=18).
3. Гудзь О.В., Писько Г.Т. Взаимодействие антибиотиков с поверхностно-активными веществами // *Врач. Дело*. – 1983. – №11. – С. 103-108.
4. Карпова Е.П., Усеня Л.И., Байкова В.Н., Шеврыгин Б.В. Особенности системной антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом и ее комплексная коррекция // *Рос. оториноларингология*. – 2004. – №6. – С. 67-70.
5. Кравченко Д.В. Нарушение внутриносовой аномалии при параназальном синусите и орбитальных осложнениях // *Рос. оториноларингология*. – 2006. – №1. – С. 108-111.
6. Минин Ю.В. Острые и хронические синуситы: диагностика и лечение // *Журн. практичного лікаря*. – 1999. – №1. – С. 14-18.
7. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Петухова П.В. Гомеостаз верхнечелюстной пазухи и параназальный синусит: современный взгляд на проблему // *Вестн. оториноларингологии*. – 2002. – №6. – С. 54-58.
8. Пискунов Г.З. Причины роста распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух // *Рос. ринология*. – 2009. – №2. – С. 7-9.
9. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
10. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003. – 208 с.
11. Сахаутдинов В.Г., Тимербулатов В.М., Хидиятов И.И. Экспериментальное изучение комбинации поверхностно-активных веществ и протеолитического фермента в лечении гнойных ран / *Сборник научных трудов*. – Уфа: Изд. БГМИ, 1988. – С. 54-56.
12. Тімен Г.Е. Діагностика і лікування гострого верхнечелюстного синуситу у дітей // *Мистецтво лікування*. – 2004. – №1. – С. 24-27.
13. Axelsson A., Grebelins N., Jensen C. et al. Treatment of acute Maxillary sinusitis // *Acta Otolaryng*. – 1975. – Vol.79, N 5-6. – P. 466-472.
14. Nauman H.H. Head and neck surgery. – Stuttgart, New York: Georg Thieme Verl, 1984. – 470 p.
15. Pfaltz C.R. Die Therapie der chronischen Sinusitis // *Laryng. Rhinol. Otol*. – 1985. – Vol.64, N 9. – P. 449-454.
16. Sakakura U., Majima Y., Saida S. et al. Reversibility of reduced mucociliary, in chronic sinusitis // *Clin. Otolaryngologia*. – 1985. – №10. – P. 79-83.

Поступила в редакцию 15.11.10.

© М.А. Завалий, С.Б. Безшапочный, 2010

**РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ
ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО СИНУСИТУ**

*Завалій М.А., Безшапочний С.Б.
(Сімферополь, Полтава)*

Резюме

Проведено комплексне лікування 148 хворих із загостренням хронічного гнійного синуситу, яке включало, окрім хірургічного втручання, передопераційну підготовку та післяопераційну терапію, виходячи з основних ланок патогенезу. У 1-й групі (79 осіб) хірургічне втручання виконувалось після тридобового курсу передопераційної підготовки, у 2-й групі (69 осіб) – без попереднього лікування після стандартного обстеження в амбулаторних умовах. У всіх пацієнтів до операції виконувалось ендоскопічне обстеження порожнини носа. Виявлено, що ретельне ендоскопічне дослідження порожнини носа у період передопераційної підготовки хворих на хронічний гнійний синусит дозволяє адекватно оцінити патологічні зміни в ділянці остіомеатального комплексу. Отримана інформація сприяє раціональному вибору виду та обсягу хірургічного втручання. При планових операціях на навколосових пазухах доцільно проведення передопераційної підготовки на догоспітальному етапі, що сприяє підвищенню ефективності лікування, скороченню строків перебування хворого у стаціонарі, зменшенню ризику розвитку післяопераційних ускладнень та рецидивів захворювання.

**RESULTS OF COMPLEX TREATMENT
FOR PATIENTS SUFFERING
FROM EXACERBATION OF CHRONIC
PURULENT SINUSITIS**

*Zavaliy M.A., Bezshapochny S.D.
(Simferopol, Poltava)*

Summary

The 148 patients with exacerbation of chronic acute sinusitis had passed the complex treatment. Except for operative treatment, it has consisted of pre-operative lead-up and post-operative treatment on the basis of the main elements of pathogenesis. In the 1st group (79 patients) surgical treatment has been conducted after three-day course of pre-operative lead-up, in the 2nd (69 patients) – after standard ambulatory examination without preparatory treatment. All patients had passed rhinoendoscopic examination previously. Thorough endoscopic examination of the nasal cavity of patients suffering from chronic purulent sinusitis in the pre-operative period enables to value pathological changes in the osteomeatal complex adequately. The received information promotes the rational choice of the type and volume of the operation. It is appropriate to carry out the out-patient pre-operative lead-up for scheduled operations on paranasal sinuses. It contributes increasing the treatment efficiency, reduction of the patient's staying in hospital, decreasing risk of post-operation complications and development of the disease relapses.