

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.216.1-002-036.12-07-08

Е.М. ПОКРОВСКАЯ¹, В.Н. КРАСНОЖЕН², С.В. ХАЛИУЛЛИНА³¹Медицинский центр «Март», 420000, г. Казань, ул. А. Кутуя, д. 16²Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36³Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49**Иновации в диагностике и лечении хронических гнойных гайморитов****Покровская Елена Михайловна** — кандидат медицинских наук, заведующая ЛОР-отделением, тел. +7-917-263-90-96, e-mail: epokrunia@inbox.ru**Красножен Владимир Николаевич** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии, тел. +7-917-291-33-22, e-mail: vn_krasnozhon@mail.ru**Халиуллина Светлана Викторовна** — кандидат медицинских наук, докторант кафедры детских инфекций, тел. +7-917-860-92-46, e-mail: svekhal@mail.ru

В данной статье представлена современная тактика ведения пациентов с хроническими гнойными гайморитами. Применение оригинального устройства позволило практически отказаться от пункционного метода при лечении больных хроническим воспалением верхнечелюстной пазухи. Преимуществом такой методики лечения являются ее атравматичность и хорошая переносимость пациентами.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, диагностика и лечение, компьютерная томография.

E.M. POKROVSKAYA¹, V.N. KRASNOZHEN², S.V. KHALIULLINA³¹«Mart» Medical Center, 16 Kutuy St., Kazan, Russian Federation, 420000²Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012³Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012**Innovations in diagnosis and treatment of chronic purulent maxillary sinusitis****Pokrovskaya E.M.** — Cand. Med. Sc., Head of Otorhinolaryngology Department, tel. +7-917-263-90-96, e-mail: epokrunia@inbox.ru**Krasnozhen V.N.** — D. Med. Sc., Professor, Head of the Department of Otorhinolaryngology, tel. +7-917-291-33-22, e-mail: vn_krasnozhon@mail.ru**Khaliullina S.V.** — Cand. Med. Sc., doctoral candidate of the Department of Children's Infections, tel. +7-917-860-92-46, e-mail: svekhal@mail.ru

The article presents the up-to-date tactics of curing patients with chronic purulent maxillary sinusitis. Implementation of a unique device allowed to abandon the paracentic technique when treating the chronic purulent maxillary sinusitis. Its advantages include low traumatic character and good tolerability by the patients.

Key words: maxillary sinus, diagnostics and treatment, computer tomography.

В структуре воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей синусит играет ведущую роль. Хронический синусит может развиваться после острого синусита при понижении иммунореактивности организма, на почве аллергии, вследствие наличия анатомических аномалий строения носа и околоносовых пазух, которые ведут к блокированию просвета выводящих отверстий околоносовых пазух воспаленной или гипертрофированной слизистой оболочкой [1-2]. Развитие хронического синусита у детей провоцируют также хронические аденоидиты. Хронический гайморит изолированно поражает верхнечелюстную пазуху. У детей он чаще встречается в сочетании с патологией решетчатого лаби-

рных путей синусит играет ведущую роль. В отличие от взрослых у детей чаще имеют место катаральная или полипозно-гнойная формы, чем исключительно гнойная. Общее назначение антибиотиков при хроническом гайморите не всегда эффективно. Слизистая оболочка пазухи недостаточно насыщается препаратами из крови. Практика убедила в достаточно большой успешности местного применения антибиотиков [3].

Несмотря на наличие высокоинформативных методов исследования околоносовых пазух и бурное



развитие в последние годы эндоскопической ринологии, пункция верхнечелюстных пазух, как с диагностической, так и с лечебной целью имеет широкое распространение в практике детских оториноларингологов. Необходимо помнить, что у детей при проведении этой процедуры возможны повреждения нижней стенки глазницы, передней стенки верхнечелюстной пазухи, а также травмирование зачатков постоянных зубов.

В последние десятилетия в ЛОР-практике стали применяться более щадящие методы, такие как установка постоянных катетеров в полость пазухи с последующим активным введением лекарственных веществ, что позволяет избежать повторных пункций [4]. Однако дренирование верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход путем введения полиэтиленовой трубки через пункционную иглу, также может повлечь за собой нежелательные осложнения.

Кроме того, проблема синусогенных орбитальных осложнений у детей с годами не теряет своей актуальности. Более 70% детей не получают адекватной патогенетической терапии в первые дни заболевания в связи с недостаточной диагностикой, что приводит к развитию тяжелых гнойных осложнений со стороны околоносовых пазух и орбиты и необходимости хирургического лечения. Применение эндоназальной эндоскопической хирургии в лечении таких детей обладает рядом преимуществ: безопасность, эффективность, физиологичность, что значительно сокращает сроки лечения ребенка, а также позволяет избежать излишне радикальных вмешательств и предотвращает рецидивы заболевания [5-6].

Цель работы — снижение травматизма при промывании верхнечелюстной пазухи и повышение эффективности дренажного метода лечения хронического гнойного гайморита у детей.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 45 детей в возрасте от 8 до 15 лет с обострениями хронических гнойных гайморитов. Диагноз устанавливался на основании жалоб, диагностической эндоскопии полости носа и 3D-компьютерной томографии околоносовых пазух.

Клинические проявления сводились к затруднению носового дыхания и ринорее. Выделения из носа были гнойными более чем в половине случаев. Частым симптомом у детей являлся кашель, особенно по ночам.

При риноскопии и эндоскопии выявлялся отек, цианотический оттенок слизистой оболочки носовых раковин, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое в области средних носовых ходов. У 20 (44,4%) пациентов выявлялись аденоидные вегетации 2-3-й степени.

Опираясь при установлении диагноза только на данные рентгенологического исследования нельзя. У детей слизистая оболочка значительно толще, чем у взрослых, а объем ее увеличивается более интенсивно. Этим и объясняется частое наблюдающееся при рентгенологическом исследовании у детей, страдающих хроническим ринитом, а также аллергическим ринитом, снижение пневматизации верхнечелюстных пазух, что нередко расценивается как признак гайморита. Поэтому всем детям проводилась компьютерная томография околоносовых

пазух. Исследования проводились на аппаратах ACCUITOMO фирмы Morita (Япония), PICASSO фирмы Vatech (Южная Корея), GALILEOS фирмы Sirona (Германия). Трехмерная компьютерная томография сочетает очень важные плюсы: качество изображения, минимум облучения, быстрота исследования, максимальная информативность. Особое внимание у детей обращалось на объем верхнечелюстной пазухи и толщину ее костной стенки, поскольку эти параметры зависят от возраста: чем он меньше, тем выше у ребенка находится верхнечелюстная пазуха и тем толще ее медиальная стенка. На снимках определялся уровень жидкости в верхнечелюстной пазухе или тотальное затенение верхнечелюстной пазухи, у большинства детей были затенены клетки решетчатого лабиринта, хорошо визуализировались аденоидные вегетации.

Терапия хронического воспаления верхнечелюстной пазухи с самого начала была комплексной и при необходимости продолжительной. Консервативное лечение включало назначение топических сосудосуживающих, гормональных и антибактериальных препаратов, а также антибиотиков широкого спектра действия перорально или внутримышечно.

Основной целью местного лечения хронического воспаления верхнечелюстной пазухи является обеспечение свободного оттока содержимого из пазух. Всем пациентам было выполнено дренирование верхнечелюстной пазухи через естественное соустье. Из них 18 пациентам с заблокированным естественным соустьем одномоментно была выполнена эндоскопическая инфундибулотомия. Операции производились под местной анестезией + седация.

Современное эндоскопическое оборудование с использованием эндоскопов 2,7 мм и 4 мм с углом зрения 0 и 30° дает возможность детального визуального исследования остеомаатального комплекса не только у взрослых пациентов, но и у детей. Дренирование верхнечелюстной пазухи через естественное соустье производилось с использованием специального дренажа. Дренаж представляет собой загнутую полиэтиленовую трубку, которая насаживается на металлический проводник. Трубку на проводнике вводят в средний носовой ход под эндоскопическим контролем, разворачивают его в латеральном направлении, нащупывают кончиком устройства углубление и вводят рабочий конец устройства в верхнечелюстную пазуху через естественное соустье. Проводник осторожно удаляется. Трубка держится в пазухе за счет изгиба.

Промывания верхнечелюстной пазухи проводились ежедневно по катетеру, вводимому в дренаж, растворами антисептиков до полного исчезновения отделяемого. Выбор препаратов основывался на результатах бактериологического исследования содержимого синусов и чувствительности выделенных возбудителей к антимикробным препаратам.

Чаще использовались растворы антисептиков: мирамистина, октенисепта, бетадина, хлоргексидина. Одним из применяемых комбинированных антибактериальных препаратов являлся флуимуцил. Введение в состав препарата фермента и антибиотика делает его использование особенно важным для скорейшего удаления из пазухи гнойно-некротических масс. Для введения в пазуху применялось 250 мг флуимуцила антибиотика однократно в сутки в течение семи дней. Дренаж находился в пазухе от нескольких дней до 2 недель, не вызывая раздражения слизистой оболочки. После санации верхнечелюстных пазух 15 пациентам была выпол-

нена под общим севорановым наркозом — эндоскопическая радиоволновая шейверная аденотомия.

Заключение

Применение данных устройства и способа позволило практически отказаться от пункционного метода при лечении больных хроническим воспалением верхнечелюстной пазухи. Постоянное дренирование пазух при лечении хронического гнойного гайморита является весьма перспективным, так как экономит время врача и больного, позволяет многократно в течение дня промывать пазуху и вводить лекарства,

исключает повторное применение анестезирующих растворов, обеспечивает постоянный отток из пазухи, ее аэрацию, снимает чувство страха у ребенка перед лечебной манипуляцией. В заключение можно сказать, что постоянное лечение хронического гайморита дренированием является более эффективным и щадящим методом по сравнению с повторными пункциями. Наиболее приемлем такой вариант дренирования, который при минимальной травме обеспечивает полноценную вентиляцию верхнечелюстной пазухи и может быть применен как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии. — М., 1991.
2. Лопатин А.С. Минимально-инвазивная эндоскопическая хирургия заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — С.-Петербург, 1998.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. — М., 2006. — 559 с.

4. Лопатин А.С., Пискунов Г.З. Катетеризация и принудительное дренирование околоносовых пазух // Российская ринология. — 1995. — № 1. — С. 34-48.

5. Гарашенко Т.И., Денисова О.А. Возрастные особенности хирургического лечения риносинусогенных орбитальных осложнений у детей // Российская ринология. — 2003. — № 2. — С. 70.

6. Денисова О.А. Эндоскопическая хирургия в лечении риносинусогенных орбитальных осложнений у детей // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 6. — С. 24-26.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ИССЛЕДОВАТЕЛИ ИЗ BROWN UNIVERSITY И WOMEN & INFANTS HOSPITAL РАЗРАБОТАЛИ АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР ДЕТСКОГО ПЛАЧА

Исследователи из Brown University и Women & Infants Hospital (штат Род-Айленд, США) разработали акустический анализатор детского плача, благодаря которому, как утверждают авторы, возможна ранняя диагностика неврологических отклонений и других проблем в развитии ребенка. Описание устройства опубликовано в Journal of Speech, Language and Hearing Research. Как установили авторы разработки, акустическая картина детского плача гораздо сложнее, чем это может показаться. Она содержит много звуковых характеристик, неразличимых для человеческого слуха, однако несущих важную информацию о состоянии ребенка. Созданный анализатор обладает высокой чувствительностью и способен их «расслышать» и интерпретировать.

Система работает в двухфазном режиме. Сначала записанная звуковая дорожка детского плача разделяется на 12,5-миллисекундные блоки и каждый блок анализируется по нескольким параметрам, включая частотные характеристики, интонирование, акустический объем. Затем на основании полученного массива данных компьютер с высокой точностью определяет основные интонационные характеристики, частоту и диапазон для каждого звукового фрагмента плача. В завершение процесса система сравнивает полученные результаты с 80 различными акустическими параметрами, которые, как было определено, характерны для плача при различных отклонениях в состоянии здоровья ребенка.

Источник: Medportal.ru