



УДК: 616. 216. 2–002–07–08–039. 71

ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФРОНТИТА**В. И. Егоров, С. В. Зуева**

*Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского, г. Москва
(Начальник – засл. врач РФ, полковник медицинской службы,
канд. мед. наук С. А. Белякин)*

В структуре оториноларингологической патологии воспалительные заболевания околоносовых пазух составляют 32–36%. По частоте вовлечения в воспалительный процесс фронтит занимает третье место, уступая гаймориту и этмоидиту [1, 6].

Диагностика фронтита постоянно совершенствуется: используется эндоскопическое исследование полости носа, позволяющее судить о состоянии естественного отверстия лобной пазухи и остиомеотального комплекса, в широкую практику внедрена компьютерная томография, осуществляется оптимизация методик диагностической пункции лобной пазухи.

Консервативное лечение обогатилось использованием неспецифической гипосенсибилизирующей терапии, иммунотерапии, антибактериальных препаратов широкого спектра, болеутоляющих средств, физиотерапевтических процедур. Однако тенденции к уменьшению количества больных и случаев тяжёлого течения заболевания не наблюдается. [6].

Возникшая ситуация обусловлена анатомическими особенностями лобной пазухи и лобно-носового канала. Уместно подчеркнуть, что лобная пазуха и лобный карман на сагиттальном разрезе представляют собой песочные часы, где наиболее узкой частью является лобное отверстие. Наличие большой воздушной полости с узким выводным протоком, который даже при небольшом отёке слизистой оболочки может закрыться, способствует возникновению патологического процесса в лобной пазухе. Вместе с тем, отмеченные анатомические особенности лобной пазухи и лобно-носового канала в большей степени затрудняют диагностику фронтита и лимитируют возможности консервативной терапии. Диагностика и консервативное лечение фронтита взаимосвязаны, поэтому необходимо дальнейшее совершенствование способов диагностики фронтита и методик консервативного лечения данного заболевания [4].

Материал и методы. За период с 2000 по 2007 гг. под наблюдением находилось 140 больных с изолированным фронтитом. Среди них 40 женщин и 100 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. У 95 больных фронтит был односторонним, у 45 человек отмечалось воспаление обеих лобных пазух. Больные с фронтитом, осложнённым орбитальными и внутричерепными осложнениями, из настоящего исследования исключены.

Наблюдавшиеся больные разделены на 2 группы: с острым течением заболевания – 42 человека – 1 группа и хроническим воспалением лобной пазухи – 98 человек – 2 группа. Кроме того, в первой группе выделены 2 подгруппы в зависимости от выраженности воспалительного процесса в лобной пазухе: подгруппа «а» – катаральное воспаление (15 человек), подгруппа «б» – экссудативное воспаление (27 человек). Во второй группе больных тоже выделены 2 подгруппы – «с» – экссудативная форма воспаления – 70 человек, подгруппа «д» продуктивная форма воспаления – 28 человек (табл. 1).

Из данных таблицы 1 следует, что у наблюдавшихся больных значительно чаще отмечался хронический фронтит с преобладанием экссудативной формы воспаления. Острый фронтит наблюдался реже, но и здесь преобладала экссудативная форма воспаления.

Клиническая картина фронтита у подавляющего большинства больных была характерной. Начало заболевания 80 человек связывали с простудой, 50 – с вирусной инфекцией, 10 – с бытовой травмой. Клиника острого фронтита и обострения хронического фронтита обычно характеризовалась заложенностью носа, слизисто-гнойными или гнойными выделениями из полости носа, болевыми ощущениями различной выраженности в проекции лобных пазух, головной болью без определённой локализации. Общее состояние у большинства пациентов оставалось удовлетворительным. Температура тела чаще была субфебрильной, а при гнойном фронтите



повышалась до фебрильных цифр (38–39). В периферической крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренная СОЭ.

Таблица 1

Распределение больных по группам и подгруппам

Группы больных	Подгруппы больных	Число больных	Всего
1 группа Острое воспаление	подгруппа «а» катаральное воспаление	15	42
	Подгруппа «б» экссудативное воспаление	27	
2 группа Хроническое воспаление	подгруппа «с» катаральное воспаление	70	98
	Подгруппа «д» экссудативное воспаление	28	
Итого:		140	140

Риноскопическая картина так же зависела от тяжести течения заболевания. Слизистая оболочка полости носа была гиперимирована, в области средней и нижней носовых раковин – набухшей. В типичных случаях в среднем носовом ходе определялась полоска гноя; при эмпиеме лобной пазухи гнойное отделяемое было обильным, стекая в общий носовой ход и на дно полости носа.

При экстренном поступлении больных с диагностической целью проводилась рентгенография околоносовых пазух в двух проекциях, при плановой госпитализации – компьютерная томография. Эндоскопическое обследование структур остиомеатального комплекса проводилось с помощью жёстких эндоскопов с углом зрения 0° и 30°. Данные рентгенографии представляются наиболее важными при решении вопроса о показании к диагностической пункции лобной пазухи, которая является одним из приоритетных диагностических методов при фронтите. [1].

Диагностическая пункция лобной пазухи (часто именуемая трепанопункцией), может выполняться через её переднюю, нижнюю стенки и эндоназально. Для проведения трепанопункции через переднюю стенку Б. В. Шеврыгин, В. И. Сигарёв (1975 г.) рекомендуют механические дрели, электротрепаны, зубоорудочные боры, троакары. Понятно, что использование таких инструментов диктуется необходимостью преодоления толщины передней стенки лобной пазухи, которая у отдельных пациентов варьирует от 1–5 мм до 8–10 мм.

Использование трепанопункции через переднюю стенку лобной пазухи выявило ряд существенных недостатков этого хирургического вмешательства:

- многоэтапность;
- попадание костной стружки в просвет пазухи с последующим инфицированием её;
- необходимость введения переходника и дренирующего устройства;
- отсутствие надёжной фиксации костного трепанационного канала и канюли, что может вызвать попадание лечебных и диагностических растворов в мягкие ткани лобной области с развитием воспаления [2].

Трепанопункция лобной пазухи через переднюю стенку как диагностическое хирургическое вмешательство проводилась механическим трепаном у 23 больных, при остром фронтите (6 человек) и при обострении хронического фронтита (17 человек). Осложнения отмечены в 3 наблюдениях: остеомиелит лобной кости (1), кровотечение из трепанационного канала (2).

Альтернативным по отношению к классической трепанопункции является предложение Ю. А. Устьянова (1972) проводить пункцию лобной пазухи тонкой иглой через её нижнюю (орбитальную) стенку. Автор обосновал своё предложение двумя весьма существенными обстоятельствами: нижняя стенка лобной пазухи значительно тоньше передней, а применение тонкой иглы минимизирует травматизацию тканей и, следовательно, исключает вероятность развития осложнений.



Пункция лобной пазухи тонкой иглой для внутримышечных инъекций (рис.) проведена 117 больным. У 42 из них имел место острый фронтит, у 75 человек – обострение хронического фронтита. Металлические тонкие иглы для внутримышечных инъекций затачивались под углом 60 градусов (при этом исключается деформация конца иглы). К игле сконструирован металлический фиксатор с мандреном, которые обеспечивали фиксацию тонкой иглы и исключали obturation просвета иглы костной стружкой (рац. предложение №22 от 22.08.06).

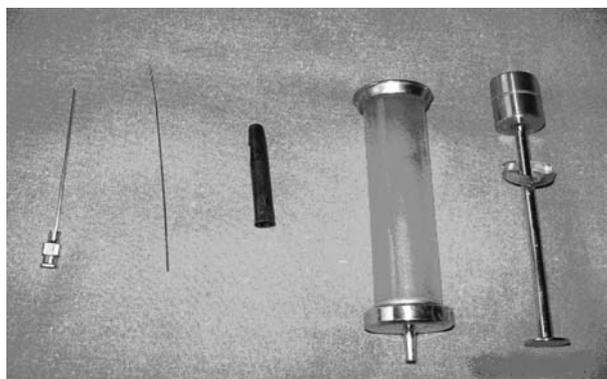


Рис. Набор инструментов для пункции лобной пазухи.

Осложнений при пункции лобной пазухи тонкой иглой не отмечено.

Пункция лобной пазухи позволяла получить материал для изучения видового состава микрофлоры и определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. При остром фронтите наблюдали *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, реже высеивались *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *Aspergillus niger*, *Candida albicans*. При хроническом фронтите высеивались – *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, а в отдельных наблюдениях – *Moraxella catarrhalis* и энтеробактерии.

В соответствии с методикой консервативного лечения фронтита все (117 человек) наблюдавшиеся больные, которым произведена пункция через нижнюю стенку лобной пазухи разделены на 2 группы (табл. 2).

В первую группы вошли 58 больных, которым ежедневное промывание лобной пазухи проводилось 0,9% физиологическим раствором – 20,0 мл с добавлением 1% – 5 мл раствора диоксида. Вторую группу составили 59 больных, у которых ежедневные промывания лобной пазухи проводились 0,9% физиологическим раствором – 20,0 мл, после чего в пазуху вводился холодный поток монооксида азота в течение 3 минут. Процедура производилась однократно.

Монооксид азота участвует в регуляции тонуса кровеносных сосудов, выступая в качестве вазорелаксирующего фактора. Он подавляет агрегацию тромбоцитов и их адгезию на стенках сосудов. Известна роль эндогенного оксида азота при воспалении, связанная с антимикробным эффектом, стимуляцией макрофагов и индукцией цитокинов, Т-лимфоцитов, ряда иммуноглобулинов, взаимодействием с кислородными радикалами, воздействием на микроциркуляцию, цитотоксическим или цитопротективным действием в разных условиях и т. д. [3].

Из данных таблицы 2 следует, что лечебный эффект у пациентов 2 группы наступает гораздо раньше, чем у больных 1 группы.

За диагностической пункцией лобной пазухи следует промывание её полости антисептическими растворами – эффективный метод консервативной терапии воспалительных заболеваний лобных пазух. При блоке соустья лобной пазухи в трёх наблюдениях использовали вторую иглу. Контрольные бакпосевы в процессе лечения проведены у 70 больных (по 35 человек в каждой группе). У пациентов 2 группы микрофлора не высеивалась уже на 3–4 сутки. Во второй группе отрицательные посевы зафиксированы позднее, лишь на 6–7 сутки.

В первой группе заметное улучшение самочувствия наступало к 6–7 дню. На 10-е сутки жалобы отсутствовали у 50 человек. Средний срок пребывания больного на койке составил 10 дней.



Таблица 2

Распределение больных по методике консервативного лечения

	дни наблюдения (сутки)											
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>
1 группа: промывание физиологическим раствором+1% 5,0мл раствора диаксидина	+	+	+	+	+	+	+					
2 группа: промывание лобной пазухи физиологическим раствором+ введение монооксида азота	+	+	+									

Примечание: знаком + обозначены сроки наступления лечебного эффекта.

Во второй группе значительное улучшение самочувствия наступало на 2–3 день. На 5–6-е сутки жалобы отсутствовали у 60 больных. Средний срок пребывания больных на койке составил 6 дней.

Таким образом, совершенствование диагностики фронтита путём широкого внедрения в практику пункции лобной пазухи усовершенствованной тонкой иглой через орбитальную стенку, а также оптимизация консервативного лечения введением в лобную пазуху монооксида азота, позволяют улучшить диагностику и результаты терапии этого тяжёлого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонив В. Ф. Повышение эффективности лечения больных с воспалительными заболеваниями лобных пазух и их профилактика. /В. Ф. Антонив. // Вестн. оторинолар. – 2002. – С. 42–43.
2. Волков А. Г. К вопросу о развитии метода трепанопункции лобных пазух. /А. Г. Волков// Рос. ринология. – 2002. – №2. – С. 35–38.
3. Ванин А. Ф. – Оксид азота – универсальный регулятор биологических процессов. /А. Ф. Ванин. NO-терапия, теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения экзогенного оксида азота в медицине. – Мат. науч.-практ. конф. 2001. – С. 22–27.
4. Кубышкин С. И. Комплексная оценка эффективности хирургического лечения больных с хроническими заболеваниями полости носа: Автореф. дис.... канд. мед. наук. /С. И. Кубышкин. СПб.: – 2002. – 18 с.
5. Пальчун В. Т. Оториноларингология. Руководство для врачей. /В. Т. Пальчун, А. И. Крюков. М.: – 2001. – С. 192–196.
6. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. /Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. – М.: – 2002 – 390 с.
7. Пискунов С. З. Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц. /С. З. Пискунов, Ф. Н. Завьялов, Л. Н. Ерофеева. // Рос. ринология. – 2002. – №2. С. 33–34.

УДК: 616. 211–002. 2–07–08: 616. 211–008. 8

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ МУКОЦИЛИАРНОЙ АКТИВНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ

Г. П. Захарова, В. В. Шабалин

Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий
(Директор – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

В связи с неуклонным ростом хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе хронического риносинусита (ХРС), проблема повышения эффективности его лечения представляет одну из самых актуальных в оториноларингологии [1, 3, 9].