



ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. – М.: ДМК. Пресс, 2003. – 360 с.
2. Бакулина Л. С. Причины гноетечения у больных ХГСО: тез. докл. научно-практ. конф. – Курск, 2000. – С. 35–36.
3. Основы аудиологии и слухопротезирования / В. Г. Базаров [и др.]. – М.: Медицина, 1984. – 256 с.
4. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. В. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 286 с.
5. Consensus statements on the Baha system: where do we stand at present? / A. F. Snik [et al.] // The Annals of otology, rhinology & laryngology. – 2005. – Vol. Dec 114 (195). – P. 2–12.
6. Hearing rehabilitation using the Baha bone-anchored hearing aid: results in 40 clients / L. R. Lustig [et al.] // Otology & Neurotology. – 2001. – Vol. 22 (3). – P. 328–334.
7. Patients' opinion of bone-anchored vs. conventional hearing aids / E. A. Mylanus [et al.] // Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery. – 1995. – Vol. Apr 121(4). – P. 421–425.

Карпенко Лариса Николаевна – зав. сурдологическим центром для взрослых ККБ. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3, тел.: +7 (913) 170-50-87; **Вахрушев** Сергей Геннадиевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: +7 (902) 990-25-95, e-mail: vsg20061@yandex.ru; **Торопова** Людмила Афанасьевна – канд. мед. наук, доцент, завуч каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: +7 (904) 895-83-03, e-mail: tludmila49@mail.ru

УДК: 616.216.1-002+616.284-002.1:615.235

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ РИНОСИНУСОТУБАРНОЙ ОБЛАСТИ

С. А. Карпищенко, Г. В. Лавренова, Л. Р. Кучерова, А. С. Красненко

OUR EXPERIENCE IN TREATMENT OF NASAL CAVITY, PARANASAL SINUSES, MIDDLE EAR AND EUSTACHIAN TUBE INFLAMATION

S. A. Karpischenko, G. V. Lavrenova, L. R. Kucherova, A. S. Krasnenko

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Современная элиминационная терапия и муколомодификаторы включены в комплексное лечение сочетанного поражения околоносовых синусов и полости среднего уха как патогенетическая терапия.

Ключевые слова: *острый синусит, острый средний отит, дисфункция слуховой трубы, элиминационная терапия, муколитики.*

Библиография: *6 источников.*

Current elimination therapy and mucolytics included in complex treatment for combined sinus and middle ear disease as a pathogenesis affecting therapy.

Key words: *acute sinusitis, acute otitis media, eustachian tube dysfunction, elimination therapy, mucolytics.*

Bibliography: *6 sources.*

Сочетанные заболевания околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха занимают высокий удельный вес среди всех заболеваний ЛОР-органов, затрагивая преимущественно людей трудоспособного возраста. Как показывают наблюдения, меняется структура самой патологии в сторону увеличения числа сочетанных поражений риносинусотубарной зоны, возрастает число хронических и вялотекущих процессов [3, 6].



Увеличение роста патологии околоносовых пазух и среднего уха связывают с повышением вирулентности патогенной флоры, анатомическими особенностями, располагающими к распространению воспалительного процесса (нарушение дренажной функции слуховой трубы как следствие отсутствия нормального носового дыхания), сложностями в диагностике и выборе оптимальной терапии.

Воспаление риносинусотубарной области значительно снижает качество жизни пациента и проявляется снижением комфортности человека внутри себя и в рамках общества, в котором он живет [4].

Эффективность лечения во многом определяется многокомпонентной терапией, которая для большинства заболеваний дыхательных путей должна быть направлена на элиминацию слизи вместе с патогенами, нормализацию реологических свойств секрета и улучшение естественного дренажа пазух и среднего уха. Ключевой проблемой при сочетанном остром синусите и отите является изменение количества, качества и транспорта слизи в узких и сложных анатомических структурах, особенно в остиомеатальном комплексе, устьях слуховых труб.

В нормальных физиологических условиях слизь, продуцируемая в полости носа и околоносовых синусах, транспортируется в носоглотку. Эффективность такого мукоцилиарного транспорта зависит от многих факторов, среди которых состав слизи (влияющий на ее физические свойства), буферные свойства слизи, а также частота и координированность сокращений ресничек, тонус ресничек, гидрофильность окружающих тканей. Последнее обстоятельство обеспечивается непрерывным орошением реснитчатого эпителия слизистым секретом, который позволяет аккумулировать патогены на поверхности слизистой оболочки и поддерживать тем самым мукоцилиарный транспорт.

Взаимосвязь физических и биологических составляющих этого защитного механизма делает его чрезвычайно сложным. Поэтому эффективное функционирование мукоцилиарной системы может быть легко нарушено воспалением и отеком слизистой оболочки с гиперсекрецией слизи, изменением ее реологических свойств [6].

Патогистологические изменения в слизистой оболочке способствуют формированию порочных кругов: продуцируемая слизь становится вязкой, что приводит к утолщению слизистой оболочки, кистозной дегенерации желез. При угнетенной цилиарной активности образуются обширные слизистые озера. Вязкая слизь и продукты жизнедеятельности бактерий останавливают клиренс, выброс медиаторов воспаления приводит к экстравазации, набуханию слизистой оболочки, полной обструкции соустьев. В пазухах падает парциальное давление кислорода, усиливается транссудация.

При остром бактериальном риносинусите стандартом является эмпирическая системная антимикробная терапия с учетом наиболее вероятных возбудителей, а результаты микробиологического исследования содержимого пазухи должны лишь корректировать назначенное ранее лечение. Отсутствие улучшения на фоне антибиотикотерапии в течение 48–72 ч говорит об устойчивости микрофлоры к данному препарату. Главным критерием при выборе препарата по-прежнему является возможность воздействия на основных возбудителей воспаления. При этом приоритетом для выбора того или иного препарата является не широкий, а оптимальный спектр антибактериальной активности, т. е. охватывающий наиболее значимых по статистическим данным в настоящее время и наиболее вероятных именно для данного больного возбудителей. Огромный арсенал современных антибиотиков, безусловно, расширяет возможности клинициста. Успешной реализации указанных задач способствуют хорошая ориентированность в спектре действия, фармакокинетике, микробиологическом влиянии препарата, а также его доказанная эффективность и безопасность. Большинство ошибок при назначении антибиотика в амбулаторной практике связано именно с неправильным выбором препарата [5].

В последние годы при лечении острых синуситов и острых средних отитов, помимо традиционной антибактериальной противовоспалительной и противоотечной терапии, большое внимание уделяется элиминационной, секретомоторной и секретолитической терапии [2].

Появление лечебных препаратов на основе солевых изо- или гипертонических растворов позволило разнообразить способы лечения назальной патологии. Ирригация гипертоническим солевым раствором восстанавливает нарушенный мукоцилиарный клиренс у пациентов



с хроническим синуситом, в то время как изотонический солевой раствор улучшает мукоцилиарный клиренс у пациентов с аллергическим ринитом и острым синуситом. Такой метод рассматривается как весомая составляющая элиминационной терапии [1].

Цель работы. Совершенствование консервативного лечения больных с сочетанной патологией риносинусотубарной зоны, основанного на элиминационной терапии, регулирующей продукцию и эвакуацию патологического секрета и нормализующей функцию мерцательного эпителия.

Пациенты и методы. На кафедре оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. И. П. Павлова под наблюдением находилось 46 больных в возрасте от 28 до 62 лет с сочетанным острым верхнечелюстным синуситом и острым средним отитом. Из них 15 мужчин и 31 женщина. У всех наблюдаемых больных процесс был односторонним.

Основная группа включала в себя 27 человек. Количество больных основной группы с острым катаральным верхнечелюстным синуситом и острым катаральным средним отитом составило 16 человек, с острым гнойным верхнечелюстным синуситом и острым катаральным средним отитом – 7 человек, с острым катаральным верхнечелюстным синуситом и острым гнойным средним отитом – 4 человека.

Контрольная группа включала 19 человек. У всех сочетанный патологический процесс также был односторонним и представлен двумя формами – у 12 человек острый катаральный верхнечелюстной синусит и острый катаральный средний отит, у 7 человек острый гнойный верхнечелюстной синусит и острый катаральный средний отит.

Обследование больных включало:

- общепринятое оториноларингологическое обследование;
- рентгенографию или компьютерную 3D-томографию околоносовых пазух носа;
- эндоскопию глоточного устья слуховой трубы с применением ригидного эндоскопа;
- акуметрию и тональную пороговую аудиометрию;
- импедансометрию (тимпанометрию).

Больные предъявляли типичные жалобы: основная – заложенность уха на больной стороне, снижение слуха, аутофония, затруднение носового дыхания, слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа.

При отоскопии у больных в обеих группах барабанные перепонки на стороне поражения были мутными, втянутыми. Определялась инъеция сосудов по ходу рукоятки молоточка. Оpoznавательные пункты сглажены, световой конус укорочен.

У всех больных при рентгенологическом исследовании отмечалось снижение пневматизации верхнечелюстных пазух различной степени выраженности, сужение просвета глоточного устья слуховой трубы.

В основной группе у 18 исследуемых больных на тимпанограммах отмечалась кривая типа С, свидетельствующая об отрицательном давлении в барабанной полости.

В 9 случаях наблюдались тимпанограммы типа В, характеризующие наличие жидкости в барабанной полости.

Алгоритм лечения исследуемой группы больных включал:

- элиминирующие средства;
- деконгестанты;
- противовоспалительные ингаляции;
- пункции верхнечелюстных пазух;
- мукомодификаторы;
- катетеризацию слуховой трубы;
- ушные капли с масляным микрокомпрессом по М. Ф. Цытовичу;
- антигистаминные препараты.

Контрольная группа получала общепринятое лечение: антибактериальную терапию, деконгестанты, пункции верхнечелюстных пазух, антигистаминные препараты.

На фоне проведенной элиминационной терапии по ее завершении в оценке результатов учитывалась нормализация данных исследования слуха. Дренажная функция слуховой трубы восстанавливалась, регистрировалась нормальная тимпанограмма типа А.



Как показали наши исследования достоверной разницы в сроках восстановления функции слуховой трубы у больных основной и контрольной групп не отмечалось. Но предложенная нами схема лечения, включающая элиминационную терапию, обладает рядом существенных преимуществ.

Благодаря целенаправленной диагностике синусита у этой группы пациентов и своевременному лечению она способствует более быстрому очищению околоносовых пазух, улучшает качество жизни и позволяет продолжать разгрузку слуховой трубы без фона синусита.

Важным моментом предложенной схемы является возможность лечения воспаления риносинусотубарной зоны у больных с непереносимостью антибактериальных препаратов, аллергическими заболеваниями и желудочно-кишечной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокоркин Д. Н. Ирригационно-осмотическая терапия назальной патологии у детей // Современная педиатрия. – К.: Эксперт, 2010. – № 6. – С. 43–46.
2. Консервативные и хирургические методы в ринологии / М. С. Плужников [и др.]. – СПб.: Диалог, 2005. – 66–76 с.
3. Лавренова Г. В., Кучерова Л. Р., Вертоголов А. Е. Патогенетическое лечение сочетанных тубоотитов и синуситов // Мат. 11-го съезда оториноларингологов Украины. – 2010. – С. 286–287.
4. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС «Звездный мир», 2002. – 320 с.
5. Овчинников А. Ю., Колбанова И. Г. Роль атипичной микрофлоры в этиопатогенезе синуситов. Особенности антибактериальной терапии // Врачебный консилиум. – 2011. – Т. 13, № 11. – С. 38–43.
6. Шахова Е. Г., Малова Т. В. Синупрет в комплексной терапии воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Рос. оторинолар. – 2005. – № 3. – С. 89.

Карпищенко Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 1907022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: (812)499-70-19, e-mail: karpischenkos@mail.ru; **Лавренова** Галина Владимировна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 1907022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: (812)499-71-76, e-mail: LavrenovaGV@yandex.ru; **Кучерова** Любовь Рустемовна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 1907022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: (812)499-71-76, e-mail: klr-spb9@mail.ru; **Красненко** Андрей Сергеевич – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 1907022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: (812)499-71-76, e-mail: krasnenko_as@yahoo.com