



УДК: 616.216.1-002.3-08

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ**Ю. С. Петрова, С. А. Юркин****OPTIMIZATION OF TREATMENT FOR PURULENT SINUSITIS****Yu. S. Petrova, S. A. Yurkin**

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России»
(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии –
проф. Г. М. Портенко)

МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. В. В. Успенского, г. Тверь
(Главный врач – М. Е. Мирошкина)

Предложен метод активного дренирования околоносовых пазух (ОНП) при острых синуситах, сочетающий в себе эффективность, доступность, простоту, быстроту выполнения, хорошую переносимость пациентами, не требующий местной анестезии, и проведена сравнительная оценка его эффективности с таковой при использовании синус-катетера «ЯМИК», а также с другими методами лечения.

Ключевые слова: острый синусит, неинвазивное активное дренирование ОНП, мукоцилиарная транспортная система.

Библиография: 8 источников.

The research suggests the method of an active drainage of paranasal sinuses in acute sinusitis. This method has proved to be effective, affordable, easy to perform, being well tolerated by patients and demanding no local anesthesia. The effectiveness of this method has been compared with that of an antibacterial therapy without any active drainage of paranasal sinuses and the employment of sinus-catheter “YAMIK”, and also with other methods of treatment.

Key words: acute sinusitis, noninvasive active drainage of paranasal sinuses, mucociliary transport system.

Bibliography: 8 sources.

Синуситы относятся к самым распространенным заболеваниям ЛОР-органов. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологическом стационаре 15–36% составляют люди, страдающие синуситами [7]. В Европе частота случаев острого синусита (ОС) среди взрослых составляет 1–5% в год [8]. В России, по имеющимся данным, ОС ежегодно страдают около 10 млн человек [5]. Острый бактериальный синусит является наиболее частым осложнением острых респираторных вирусных инфекций (0,5–2%). На первом месте по частоте поражения стоит верхнечелюстная пазуха (гайморит), затем решетчатая (этмоидит), лобная (фронтит), клиновидная (сфеноидит). Близость соустьев передних пазух нередко приводит к сочетанному поражению гайморовых, решетчатых и лобных пазух, но чаще встречается гайморит, ассоциированный с этмоидитом [2]. В России традиционным методом лечения ОС на протяжении многих десятилетий является пункция синуса [6]. Пункция гайморовой пазухи позволяет быстро облегчить состояние больного, однако эта манипуляция травматична, негативно воспринимается больным, не лишена осложнений. Существует мнение о возможности хронизации воспалительного процесса из-за возможности разрыва задней фонтанеллы и формирования порочного круга рециркуляции слизи при форсированном промывании гайморовой пазухи при пункции [1]. Прокол гайморовой пазухи приводит к надлому костной стенки и погружению мелких частей кости в просвет синуса, что способствует образованию локального воспаления и кистообразованию в зоне пункции [4]. В странах Западной Европы и США пункция практически не используется.

На XVII съезде оториноларингологов России в 2006 г. решено использовать пункционный метод только при синуситах тяжелой степени. Для синуситов средней степени тяжести принят следующий алгоритм лечения:



- общая антибиотикотерапия;
- разгрузочная терапия (деконгестанты);
- местная противовоспалительная и антибактериальная терапия (биопарокс);
- системная противовоспалительная терапия (эреспал);
- муколитическая терапия (ринофлуимуцил);
- неинвазивное активное дренирование синусов (синус-катетер «ЯМИК», метод перемещения по Проетц).

Однако эти способы дренирования не лишены недостатков: необходимо достаточное количество не очень дешевых одноразовых синус-катетеров «ЯМИК» или кушетки, требуется отсос для метода Проетц и др.

Цель исследования. Создание метода неинвазивного активного дренирования ОНП при гнойных синуситах, сочетающего в себе эффективность, доступность, простоту, быстроту выполнения и хорошую переносимость пациентами без использования местной анестезии, а также оценка его эффективности при лечении острого гнойного гайморита (ОГГ).

Пациенты и методы исследования. Наш метод основан на физическом законе Бернулли: чем больше скорость движения жидкости, тем больше отрицательное давление. Проведено экспериментальное исследование. Емкость с окрашенной жидкостью коротким перешейком сообщается с каналом, по которому подается струя жидкости, при медленном движении жидкости струя слегка окрашивается. При быстром движении жидкости происходит ее интенсивное окрашивание за счет засасывания окрашенной жидкости из бокового резервуара. У пациентов с гнойным синуситом в целях активного дренирования ОНП промывали средний носовой ход антисептиком следующим образом: конец канюли, модифицированной нами из канюли, предназначенной для промывания гайморовой пазухи через послеоперационное соустье, подвели под передний конец средней носовой раковины и струю антисептика достаточно интенсивно направляли спереди назад вдоль среднего носового хода. После одномоментного нагнетания 10 мл раствора больной высмаркивался. Промывание повторяли несколько раз до прекращения выделения гноя (рис. 1).

Исследования проведены у 180 больных в возрасте от 20 до 55 лет с острым гнойным гайморитом средней степени тяжести (повышение температуры тела более 37,5 °С, значительные лицевые и головные боли, нарушение общего состояния, на рентгенограмме – полное затемнение ОНП или уровень жидкости). С учетом принципа рандомизации больные были разделены на 4 группы.

Больные 1-й группы (45 человек) получали следующее лечение: аугментин 875 мг 2 раза в день, сосудосуживающие капли в нос, мирамистин-спрей в нос 4 раза в сутки, эреспал по 1 таблетке 2 раза в день.

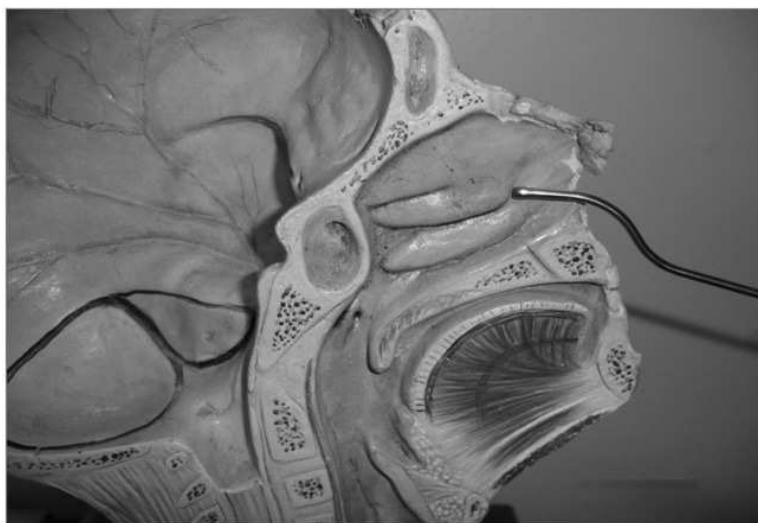


Рис. 1. Схематическое изображение методики промывания среднего носового хода на муляже.

Больным 2-й группы, кроме аналогичного базового лечения, проводили ежедневное промывание среднего носового хода 0,1%-ным раствором мирамистина с помощью разработанной нами канюли.

Больные 3-й группы (45 человек) получали аналогичное консервативное лечение, только в целях активного дренирования вместо промывания среднего носового хода использовали отсасывание содержимого синусов и введение в них 0,1%-ного раствора мирамистина с помощью синус-катетера «ЯМИК» по методике, разработанной Г. И. Марковым и В. С. Козловым (1983) [3].

Наряду с базовым лечением больным 4-й группы ежедневно делали пункцию верхнечелюстной пазухи по стандартной методике через нижний носовой ход иглой Куликовского и вводили в пазуху 0,1%-ный раствор мирамистина.

Результаты и обсуждение. Через 5 дней от начала лечения в первой группе клиническое выздоровление (прекращение выделения из носа, нормализация носового дыхания, температуры и общего самочувствия) достигнуто у 10 больных (22,2%), во второй группе – у 13 больных (28,8%), в третьей группе – у 12 больных (26,6%), а в четвертой группе – у 14 больных (31,1%). К 7-му дню клиническое выздоровление в первой группе больных отмечено у 25 человек (55,5%), во второй группе – у 33 человек (73,3%), в третьей группе – у 30 человек (66,6%), в четвертой группе – у 34 больных (75,5%). К 10-му дню выздоровление наблюдалось в первой группе пациентов у 40 человек (88,8%), во второй группе – у 43 человек (95,5%), в третьей группе – у 42 больных (93,5%), в четвертой группе – у 45 пациентов (100%). Из-за отсутствия эффекта от лечения на 5-е сутки сделана пункция верхнечелюстных пазух в первой группе 5 (11,1%) больным, во второй – 2 больным (4,4%), а в третьей группе – 3 больным (6,6%) (рис. 2).

В целях объективной оценки транспортной функции мерцательного эпителия (ТФМЭ) мы провели сахариновый тест у 10 здоровых лиц – студентов, у которых мукоцилиарный клиренс составил в среднем $13,4 \pm 1,55$ мин. У больных второй и четвертой групп исследование ТФМЭ проводили через 15 мин после промывания среднего носового хода или пункции верхнечелюстной пазухи. У пациентов третьей группы исследование ТФМЭ проводилось через 2 ч после манипуляции, так как местная анестезия 5%-ным раствором лидокаина и перепады давления при использовании синус-катетера «ЯМИК» вызывают временное угнетение ТФМЭ [3]. Результаты исследования ТФМЭ больных ОГГ по группам наблюдения на 1, 5, 10-й день лечения представлены в таблице.

Из таблицы видно, что во всех группах больных в процессе лечения происходило прогрессивное улучшение ТФМЭ.

Проведенные исследования показали, что предложенный нами способ активного дренирования ОНП промыванием среднего носового хода по эффективности не уступает широко известному методу с использованием синус-катетера «ЯМИК». Преимуществом этого способа является отсутствие угнетения ТФМЭ, что можно объяснить неиспользованием аппликационных анестетиков, применением в качестве антисептика мирамистина, не оказывающего отрицательного влияния на мерцательный эпителий. Можно предположить, что движение жидкости по ходу биения ресничек эпителия не травмирует их, но, очищая от гноя, облегчает их работу. Применение антибиотикотерапии без активного дренирования пазух также в конечном итоге приводит к выздоровлению, но этот процесс идет значительно медленнее и не позволяет

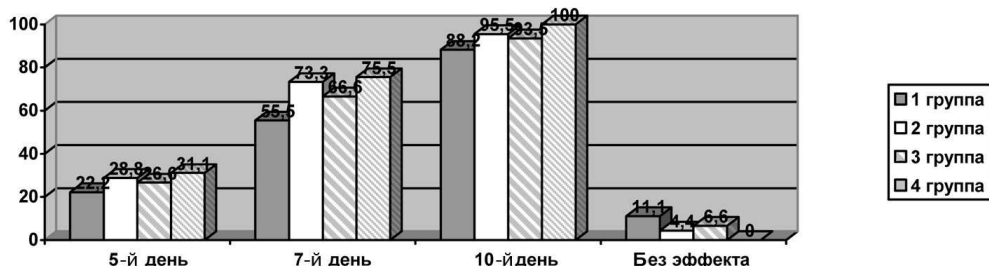


Рис. 2. Клиническое выздоровление больных в 1, 2, 3 и 4-й группах на 5, 7 и 10-е сутки лечения (%).



Таблица

Результаты исследования ТФМЭ (мин) больных ОГГ по группам наблюдения

Дата исследования	1-я группа (n = 45)	2-я группа (n = 45)	3-я группа (n = 45)	4-я группа (n = 45)
До лечения	24,8 ± 3,2	25,4 ± 3,1	26,1 ± 4,3	25,5 ± 3,4
1-й день	24,8 ± 3,2	25,6 ± 4,9	29,1 ± 8,4	25,7 ± 3,9
5-й день	20,1 ± 3,7	19,3 ± 3,2	21,3 ± 7,3	18,9 ± 3,1
10-й день	14,9 ± 3,4	14,1 ± 3,4	16,2 ± 6,4	13,9 ± 3,2

быстро облегчить состояние больного. В то же время промывание среднего носового хода, как правило, быстро устраняет или уменьшает болевой синдром и облегчает состояние больного. Лишь в единичных случаях (при выраженном блоке естественного соустья пазухи) требуется проведение пункции.

Выводы

1. Неинвазивные методы активного дренирования ОНП при гнойных синуситах ускоряют выздоровление по сравнению с одной антибиотикотерапией и практически не уступают пункционному способу.

2. Способ промывания среднего носового хода антисептиком отличается простотой, доступностью, не угнетает ТФМЭ, что позволяет рекомендовать его для широкого использования в комплексном лечении гнойных синуситов.

3. Полученные нами результаты позволяют рекомендовать промывание среднего носового хода антисептиком для активного дренирования ОНП в комплексном лечении гнойных синуситов средней степени тяжести как альтернативу травматичному пункционному методу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванченко О. А., Кузин А. Н., Лопатин А. С. Пункция верхнечелюстной пазухи: Эндоскопическая оценка // Вестн. оториноларингологии. – М., 2006. – № 4. – С. 41–44.
2. Кочетков П. А., Лопатин А. С. Острый и хронический синусит: этиопатогенез и принципы лечения // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2005. – № 1. – С. 10–11.
3. Козлов В. С., Марков Г. И. Новый метод диагностики и лечения параназальных синуситов с применением синус-катетера ЯМИК // Вестн. оториноларингологии. – 1993. – № 4. – С. 32–35.
4. Лиманский С. С. О заблуждениях при решении проблемы риносинусита: материалы XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 3. – С. 197–201.
5. Овчинников А. Ю. Рациональная антибиотикотерапия при остром бактериальном риносинусите // Consilium-medicum. – 2007. – Т. 9, № 3. – С. 1–9.
6. Свистушкин В. М., Никифоров Г. Н. Возможности беспункционного лечения гнойных гайморитов // Рос. оториноларингология. – 2004. – № 10. – С. 150–152.
7. Янов Ю. К., Рязанцев С. В. Острый риносинусит в практике врача-терапевта // Consilium-medicum. – 2003. – Т. 5, № 10. – С. 1–10.
8. Royal college of general Practitioners. Office of population consensus. Department of Health and social security. Morbidity statistics from general practice 1981–1982. London: HMSO, 1986.

Юркин Сергей Александрович – доцент кафедры оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии Тверской ГМА. 170642, Тверь, ул. Советская, д. 4; тел.: 8-906-655-62-86; **Петрова** Юлия Сергеевна – врач-оториноларинголог МУЗ ГКБ № 1 им. В. В. Успенского. 170006, Тверь, ул. С.Перовской, д. 47; тел.: 8-903-809-31-66, 42-06-90, e-mail: Juliapetroff@yandex.ru