



УДК: 616. 216. 1–002+616. 233+616. 24] – 036. 12–08

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ РИНОСИНУСИТОВ АССОЦИИРОВАННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А. П. Ястремский

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. А. И. Извин)

Хронические риносинуситы в структуре общей ЛОР-заболеваемости населения занимают значительное место. На их долю, по данным различных авторов приходится от 2 до 25% и тенденции к их снижению не наблюдается [1]. Более того, возникающие на фоне этого заболевания ринобронхопульмональные осложнения приводят к длительной потере нетрудоспособности, а иногда и к инвалидизации. Доминирующим методом лечения этого заболевания являются хирургические вмешательства, однако исключительная сложность анатомических структур околоносовых пазух (ОНП), невозможность во всех случаях удалить патологический очаг, ведут к рецидивам заболевания и к необходимости повторных вмешательств. Всё это в общей сложности вынуждает клиницистов продолжать поиск и разработку эффективных и целесообразных методов лечения данного заболевания [3, 7].

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 42 человека с полипозной и гнойно-полипозными формами хронического риносинусита, ассоциированного с хронической бронхолёгочной патологией. Из них мужчин 26 и женщин 16.

Бронхиальная астма выявлена у 23 человек и хронический обструктивный бронхит у 19 человек.

У всех больных наблюдали различные клинические симптомы. Однако, следует отметить, что ведущими клиническими симптомами заболевания были затруднение носового дыхания, слизистые или слизисто – гнойные выделения из носа, отёк слизистой оболочки полости носа, наличие полипов в носовых ходах у всех обследованных пациентов. В то же время, нарушение обоняния было констатировано у 27 человек, постоянный характер головных болей отмечен у 33 больных, тогда как периодический – у 9, субфебрилитет выявлен у 13, повышенная утомляемость у 36 больных.

Всем пациентам была проведена компьютерная томография околоносовых пазух в коронарной проекции (табл. 1), которая позволила выявить степень распространения процесса и определить объём и тактику оперативного вмешательства. Помимо этого были проведены видеоэндоскопия полости носа при помощи жёстких эндоскопов 0°, бактериологическое исследование носового секрета и клинический анализ крови, биохимический анализ крови, длительность и свёртываемость кровотечения, RW.

Бактериологическое исследование носового секрета до начала лечения у всех пациентов позволило выявить; *St. pneumoniae* (34%), *St. Pyogenes* (26%), *St. Aureus* (17%), *Chlamydia pneumoniae* (3%), *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, (13%). В то же время, у (7%) – не определялось никакой флоры.

Результаты и обсуждение

Все пациенты были разбиты на две группы.

Пациентам I группы (23 человека), у которых бронхиальная астма сочеталась с полипами полости носа, предоперационная подготовка, включала в себя назначение седативных, антигистаминных препаратов преднизолон коротким (2–3 дневным) курсом по 0,005 x 2 раза в день. Кроме того, больным этой подгруппы указанный препарат вводили парентерально, за один час до операции из расчёта 1 мг на килограмм массы тела больного и непосредственно за один час после операции в такой же дозировке.

Пациентам II группы (19 человек), у которых полипозный процесс сочетался с хроническим обструктивным бронхитом, предоперационная подготовка включала в себя назначение седативных, антигистаминных препаратов и гемостатиков.



Клинико-томографическая характеристика поражения придаточных пазух носа

Характер воспалительного процесса	Количество больных (n = 42)	
	абс.	в %
Выраженный отёк слизистой оболочки верхнечелюстных пазух и признаки жидкости в полости, наличие полипов в носовых ходах.	8	19,0
Снижение пневматизации решётчатого лабиринта и лобных пазух, полипы в носовых ходах.	9	21,4
Тотальное снижение пневматизации решётчатого лабиринта, клиновидных пазух, субтотальное затемнение верхнечелюстных пазух., полипы в носовых ходах.	14	33,3
Затемнение всех околоносовых пазух, наличие полипов в носовых ходах.	11	26,2
Итого	42	100

Базируясь на результатах клинико-функционального состояния слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, всем больным проводились различные эндоназальные хирургические вмешательства с использованием оптических риноскопов с 0°, 30° и 70°.

Всем пациентам в послеоперационном периоде назначали комплексное этиопатогенетическое лечение [2, 4]. С учётом чувствительности микрофлоры к антибиотикам, был назначен антибиотик группы макролидов кларитромицин в дозировке 500 мг. x 1 раза/сутки. При выборе антибиотика мы основывались не только на данных бактериологического исследования, но и ряде свойств, присущих данному антибиотику. Известно, что кларитромицин является одним из самых активных *in vitro* макролидов, причем эта активность увеличивается *in vivo* благодаря образованию активного метаболита и созданию высоких тканевых и внутриклеточных концентраций в очаге воспаления, Совокупность эрадикационного и внеантибиотического эффектов, в частности противовоспалительного и иммуномодулирующего, а так же удобная форма приёма препарата, позволили остановить наш выбор на антибиотике этой группы [6].

С целью местной элиминационной терапии всем пациентам назначали морскую воду 3 дозы x 4 раза в день в течение 14 дней [5]. Кроме того, проводился тщательный туалет полости носа, удалялись корочки, налёты фибрина, смазывание слизистой оболочки полости носа маслами. После купирования воспалительных явлений в полости носа, всем пациентам назначали активированный уголь по схеме (до 10 таблеток в день в один прием), являющийся мощным антиоксидантом, интраназальный спрей (по 2 дозы x 1раз в день в каждую половину носа) в течение 3-х. месяцев, средства неспецифической гипосенсибилизации – 10 дней. Помимо этого с целью повышения иммунитета назначали иммуномодулятор ликопид по 2 мг. x 2 раза в день в течение 10 дней.

Бактериологическое исследование микрофлоры носового секрета проводилось через 14 дней от начала курса лечения. Оно показало, что колонизирующая способность выделенных микроорганизмов была значительно меньше, и выражалась единичным ростом колоний ($p < 0,01$).

Отдалённые результаты лечения второй группы оперированных больных, изученные в течение 1–3 лет показали (табл. 2), что в течение первого года стойкая ремиссия сохранилась у 69,0% больных, улучшение – у 21,4%, рецидив заболевания констатирован у 9,5 %, через три года исследованные показатели – соответственно – 57,1%, 28,5%, 14,2%.

Анализ отдаленных результатов лечения обеих групп больных показал высокую эффективность, использования патогенетически обоснованной предоперационной подготовки, в сочетании с эндоназальными хирургическими вмешательствами и послеоперационной лекарственной терапией разнонаправленного действия.



Отдалённые результаты лечения I–II групп больных

Оценка результата	1 год		3 года	
	Абс.	%	Абс.	%
Стойкая ремиссия	29	69,0	24	57,1
Улучшение	9	21,4	12	28,5
Рецидив	4	9,5	6	14,2
Всего	42	100	42	100

Выводы

- В настоящее время в связи с расширением технических возможностей и новых видов операционной техники предпочтительнее использовать эндоназальные хирургические вмешательства, являющиеся минимально инвазивными и весьма перспективными. Подобные методы вмешательств позволяют проводить санацию околоносовых пазух даже у больных с тяжёлой бронхолёгочной патологией, которые целесообразно осуществлять с адекватной, патогенетически обоснованной коррекцией лекарственных препаратов в предоперационном периоде.
- Применение адсорбентов, топических кортикостероидов, антигистаминных средств и иммуномодуляторов целенаправленного действия в послеоперационном периоде значительно снижает частоту рецидива заболевания, избавляет от повторных оперативных вмешательств, снижает риск орбитальных и риногенных осложнений, что ведет к улучшению качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В. И. Клиническая оториноларингология / В. И. Бабияк, Я. А. Накатис. – Издательство «Гиппократ». – 2005. – 349–350 с.
2. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. – Издательство «Миклош», М. – 2002. – 390 с.
3. Полякова Т. С. Полипозный риносинусит. / Т. С. Полякова, Г. П. Бондарева, Е. В. Челядинова // Вестн. оторинолар. – 1998. – №2. – С. 52–56.
4. Пономарёва Л. И. Противорецидивное лечение полипозного риносинусита / Л. И. Пономарёва, Г. М. Портенко, С. А. Юркин. – Матер. XVI съезда оторинолар. РФ, – СПб.: РИА-АМИ, 2001. – С. 642–644.
5. Рязанцев С. В. Морская вода в ринологии. / С. В. Рязанцев // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – С. 33–37.
6. Синопальников А. И. Новые горизонты применения макролидов при инфекции дыхательных путей. / А. И. Синопальников // Рос. мед. вест. – 2004. – IX (2). – С16–22.
7. Филатов В. Ф. Полипозный этмоидит / В. Ф. Филатов, С. В. Филатов. // Вестн. оторинолар. – 1999. – №2. – С. 11–14.

УДК: 615. 322:616. 211–089. 168–06

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ТОПИЧЕСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РИНОСИНУСИТАХ

Н. П. Бондарь

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»
(Главный врач – Г. А. Куватов)

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция роста числа острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух [4, 1]. Одна из причин неблагоприятного течения воспалительного процесса в области верхних дыхательных путей – несостоятельность местных и общих механизмов иммунной защиты [3].