



УДК: 616.216.1-002-03

**СТАДИЙНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА –
ЭЛЕМЕНТ КЛАССИФИКАЦИИ СИНУСИТА****С. С. Лиманский****PHASED DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY PROCESS –
AN ELEMENT OF CLASSIFICATION OF A SINUSITIS****S. S. Limansky***ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава»**(Ректор – проф. А. И. Кислов)**Клиника «Доктор Лиманский» Пензенского Министерства здравоохранения
и социального развития**(Директор – О. В. Кондрашова)*

Отсутствие четких критериев для выбора адекватного лечения синуситов требует определения выраженности воспалительного процесса на основании клинических данных. В известных классификациях воспалительный процесс при синуситах подразделяется на острый и хронический, что является весьма условным. Автор предлагает введение в классификацию синуситов критерий фазового развития воспалительного процесса с учетом вероятности обратного его развития.

Автор считает целесообразным подразделение воспалительного процесса на стадии: 1-я стадия – обратимый (компенсированный), 2-я стадия – с частичной утратой способности обратного развития (субкомпенсированный), 3-я стадия – необратимый (некомпенсированный). Такой подход позволит конкретизировать показания для консервативного и хирургического лечения.

Ключевые слова: синусит, стадия воспаления, обратимость воспалительного процесса.

Библиография: 33 источника.

Absence of precise criteria for a choice of adequate treatment of sinusites demands definition of expressiveness of inflammatory process on the basis of the clinical data. In known classifications inflammatory process at sinusites is subdivided on sharp and chronic, that is rather conditional. The author offers introduction in classification of sinusites criterion of phase development of inflammatory process in view of probability of its return development.

The author counts expedient division of inflammatory process at a stage: 1 stage – convertible (compensated), 2-n a stage – with partial loss of ability of return development (subcompensated), 3-n a stage – irreversible (not compensated). Such approach will allow to concretize indications for conservative and surgical treatment.

Key words: a sinusitis, a stage of an inflammation, convertibility of inflammatory process.

Bibliography: 33 sources.

Несмотря на усилия специалистов и на все более расширяющийся арсенал лечебных средств проблема синуситов остается острой [15, 20, 27]. Больше того, количество воспалительных заболеваний околоносовых синусов от года к году увеличивается [18, 21, 24, 26].

Одной из причин, затрудняющих решение этой проблемы, является развитие резистентности микроорганизмов к антибиотикам, чему способствует нерациональное использование последних [5, 16, 17]. Антибиотики, согласно определенным стандартам, назначаются при



остром бактериальном синусите даже при легком течении [7, 17, 24], а также при обострении хронического экссудативного синусита [8, 26]. В то же время появляется все больше публикаций, в которых авторы сообщают об альтернативе системной антибиотикотерапии [1, 8, 14], которая может оказаться эффективной при острых синуситах легкой и средней степеней тяжести. Нет четких критериев, которые могли бы указывать на то, когда нужны (или не нужны) антибиотики. О попытке дифференцированного подхода к выбору лечебных средств сообщают В. И. Попович, В. М. Рыжик и соавт. [14]. Эти авторы назначают стартовую терапию препаратом синуфорте, а через 2 дня производят компьютерную томографию с целью определить состояние соустья, что и подсказывает дальнейший выбор лечебных средств. Подобная тактика на практике неприемлема в силу высокой стоимости КТ, к тому же не способна точно передать состояние соустья. Исследования относительно беспункционного лечения бактериальных синуситов [1, 14, 28] нельзя считать абсолютно достоверными, так как за критерии выздоровления принимались в основном клинические данные, что не дает оснований без непосредственного промывания синуса считать процесс в пазухах элиминированным [11]. Если же и делалась пункция с лечебной и диагностической целью [8], то это касалось лишь гайморовой пазухи. Состояние других околоносовых синусов авторов не интересовало, хотя синуситы протекают чаще всего как поражение нескольких пазух (не только гайморовых). Но так или иначе исследования с применением цикламена и других беспункционных способов показали возможность успешного лечения при легкой форме острых синуситов. В некоторых же случаях выздоровление может наступить и без применения медикаментозных препаратов. Приведем иллюстрацию.

Б-й С. 17 лет обратился 30 октября 2010 г. с жалобами на головные боли в лобной области при наклонах и при физической нагрузке, насморк в течение недели. На рентгенограмме – затемнение гайморовых пазух и решетчатого лабиринта. На КТ – утолщение слизистой оболочки в нижних отделах левого верхнечелюстного синуса, напоминающее кистозные образования. Заключение рентгенолога – «киста левой гайморовой пазухи». Больной на очередной прием не явился. Пришел на осмотр только в августе 2011 г. Жалоб не предъявляет. Назначена повторная КТ. На компьютерной томограмме имеется лишь незначительное утолщение слизистой оболочки левого верхнечелюстного синуса в скуловой бухте (рис. 1).

Однако нет четких клинических критериев, на которые можно было бы ориентироваться, чтобы отказаться от антибиотиков. Современные классификации синуситов также не содержат признака, который служил бы водоразделом, указывающим на необходимость антибактериальной терапии или возможность отказаться от них, а также на тот момент, который бы служил границей для показаний к консервативной терапии или к хирургическому лечению.

Известные классификации синуситов Б. С. Преображенского (1959), Д. И. Тарасова и В. П. Быковой (1978), В. Т. Жолобова (1997), Г. З. Пискунова и С. З. Пискунова (1997) включают подразделение на острые процессы и хронические. Под острым синуситом традиционно подразумевается воспалительный процесс в околоносовых пазухах, имеющий длительность не



Рис. 1. Слева – картина левостороннего гайморита, справа – КТ через 10 мес. (спонтанное выздоровление).



более 2–3 месяцев. От хронического процесса в синусах отделяет весьма условная временная граница. Степень же выраженности воспалительного процесса (или хронизации) зависит не только от времени, но и от других этиопатогенетических факторов: вирулентности и состава инфекции [20], преморбидного соматического фона, внешних и внутренних факторов риска [31]. «Системные» синуситы [9] имеют большую вероятность хронизации в отличие от банальных процессов, возникающих у соматически здорового индивидуума на фоне вирусной инфекции. С другой стороны, наблюдаются такие хронические воспалительные процессы в синусах, которые имеют вероятность обратного спонтанного развития [32]. Процессы, формально отнесенные к хроническому синуситу, но способные самоизлечиться, легко поддающиеся консервативному лечению, фактически сохраняют свойства острого. Дифференцированный подход в лечении синуситов потребовал подразделения хронических синуситов на формы с разной степенью выраженности воспалительного процесса [2, 3, 13, 19]. По морфологическим признакам из хронических синуситов наиболее близок к острому «экссудативный». Целесообразность появления этого термина следует из работ некоторых авторов [2, 11].

Согласно классификации риносинуситов в США и Европе [4, 30], они разделяются на острые (не более 8 недель у детей и 12 недель – у взрослых), острый рецидивирующий (три и более эпизодов острого синусита в течение года, разделенных бессимптомными интервалами), подострый (характеризуется манифестацией симптомов синусита от слабых до выраженных без острой респираторной инфекции и без резких ухудшений в течение заболевания). Однако острый рецидивирующий синусит, согласно данной классификации, может на самом деле быть хроническим латентным процессом, а подострый в представленной характеристике ничем не отличается от хронического

Что касается острого воспаления – это компенсированный и обратимый процесс. Под хроническим воспалением понимается процесс, продолжающийся более 2–3 месяцев. Однако степень хронизации воспалительного процесса неоднозначна [6, 9]. Подразделение воспалительного процесса на острый и хронический (по временному параметру) весьма условно. Подразделение хронического процесса на экссудативную и пролиферативную формы лишь приблизительно отражает степень хронизации воспаления.

Для практического врача важно, опираясь на классификацию, определить лечебную тактику. Другими словами, желательно определить – способен процесс в конкретном случае завершиться без антибиотиков (или спонтанно), можно ли рассчитывать на успех только за счет консервативной терапии, достаточно ли только медикаментозного лечения или требуется дренирование синусов, нужно ли хирургическое лечение и в каком варианте (малая инвазивная или радикальная операция). В этом отношении целесообразно подразделение синусита на стадии – компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.

Стадийность развития заболевания представлена в классификации Реккевега и работах других авторов, посвященных гомотоксикологии [22, 23, 25, 33]. Реккевегом выделены гуморальные и клеточные стадии. Позднее были определены матричные фазы гомотоксикоза. В целом выделяются шесть фаз заболевания (экскреции, воспаления, депонирования, импрегнации, дегенерации, дедифференциации), объединенные в три блока (гуморальные, матричные и клеточные стадии). Подразделение на эти стадии отражает разную степень обратимости процесса. При этом гуморальные стадии – обратимые, клеточные – необратимые, матричные – промежуточные. Острый синусит, согласно теории гомотоксикоза, можно относить к гуморальной стадии, полипозный процесс в одних случаях может быть соотнесен к гуморальной, в других – к клеточным фазам [33]. В стадии импрегнации, согласно теории гомотоксикоза, возникает поражение клеточных структур. В клеточных фазах (дегенерации и дедифференциации) процесс становится необратимым или декомпенсированным. Если соотнести клеточные фазы к заболеваниям околоносовых синусов, то они могли бы соответствовать полипозно-фиброзным, осложненным процессам, а в последней фазе возникает вероятность новообразования (инвертированная папиллома, рак). Клеточные фазы заболевания являются декомпенсированными.

В существующих классификациях синусита нет понятия *хронического декомпенсированного процесса* (по аналогии с классификацией хронического тонзиллита), хотя введение такового могло бы облегчить обоснование хирургического лечения. В принятых в отоларингологии



классификациях можно ориентироваться на обратимость процесса в градации морфологических изменений (экссудативный процесс – пристеночно-гиперпластический – полипозный). Подразделение на стадии очевидно в программе ЕРзОС [13, 29], где синуситы подразделяются на острый (три степени тяжести), хронический без полипов и хронический с полипами. Не во всех случаях хронический полипозный процесс может быть необратимым [23]. Приведенные литературные данные свидетельствуют о назревшей необходимости подразделения синусита на стадии.

В классификации, предложенной нами в 2007 г. [9], к первой стадии синусита относился острый процесс, к третьей – хронический синусит с полной утратой способности к обратному развитию, ко второй – промежуточные формы. Накопленные в последние годы данные дают основание внести некоторые изменения. А именно, первая стадия синусита не должна ограничиваться только острым процессом. Мы имеем многочисленные подтверждения тому, что и хронический синусит может быть обратимым. Приводим собственное наблюдение.

Больной Б. 1971 г. р. Обратился 10.07.2011 г. Жалобы на нарушение носового дыхания, гнойные выделения из носа, головные боли. Болен в течение 8 лет. Неоднократно обращался к отоларингологам. Назначались антибиотики и другие препараты. При осмотре: гнойное отделяемое в носовых ходах, отечность слизистой оболочки носа. Носовая перегородка искривлена влево. Были промыты две гайморовы пазухи. Выделяется большое количество гноя. Назначена компьютерная томограмма, на которой имеет место картина пансинусита (рис. 2).

При промывании гайморовых и основных пазух имеется обильное гнойное отделяемое. Назначен сумамед. Проведен курс лечения методом принудительного дренирования синусов через естественные соустья (ПДЕС). Потребовалось 7 промываний верхнечелюстных, 4 – клиновидных и 3 – лобных синусов. Наблюдается клиническое выздоровление при хроническом гнойном пристеночно-гиперпластическом пансинусите. Соответствующая картина имеет место на КТ (рис. 3).

В связи с тем что и хронический процесс может быть обратимым, мы внесли уточнения в классификацию, приведенную выше, и в первую стадию синусита решили отнести не только острый процесс, но и хронический компенсированный. К таковому может относиться неосложненный экссудативный процесс. Можно легко сориентироваться относительно третьей стадии. К ней относятся полипозно-фиброзные, кистозные, осложненные, одонтогенные микотические, рецидивирующие заболевания околоносовых синусов. К третьей стадии целесообразно относить и «системные» синуситы на фоне генетических нарушений, таких как муковисцидоз, синдром Картагенера [9]. Ко второй стадии могут относиться хронические экссудативные процессы, пристеночно-гиперпластические, полипозные с ограниченной распространенностью и небольшим сроком заболевания. Однако абсолютно точно ориентироваться относительно границ стадий трудно. Эти границы изначально размыты и уточняются в процессе наблюдения и лечения. Приводим соответствующее наблюдение.

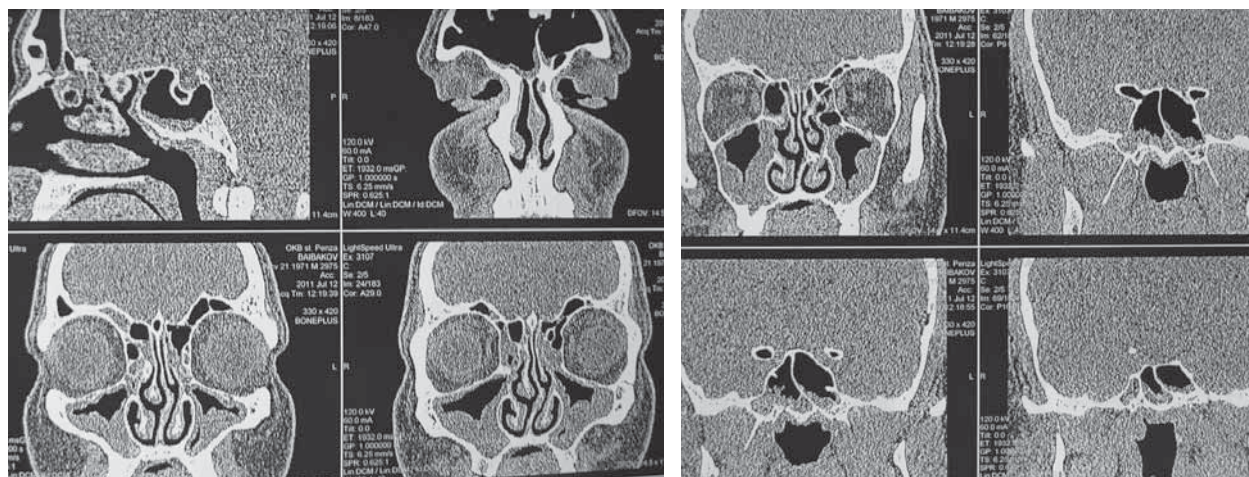


Рис. 2. Картина хронического пансинусита.



Рис. 3. Состояние после проведенного лечения методом ПДЕС + СА.

Пациентка К., 1998 г. р. Обращение в мае 2011 г. с симптомами синусита. Жалобы на головные боли больше справа, затруднение носового дыхания, боли в правом ухе. В анамнезе симптомы синусита с 2005 г. На КТ – картина полисинусита (рис. 4).

При ПДЕС в сочетании с СА удалось купировать воспалительный процесс в левой гайморовой пазухе, но оставалось воспаление в правой лобной, основной и гайморовой пазухах.

Были произведены эндоназальная коррекция носовой перегородки, редрессия правой средней носовой раковины, эндоназальная правосторонняя этмоидофронтотомия. После операции производилось долечивание синусита методом ПДЕС. Наблюдаются клиническое выздоровление и соответствующая картина на КТ (рис. 5).

Данный пример иллюстрирует разную степень хронизации воспаления. В левой гайморовой пазухе – 1-я стадия, в правых синусах – 2-я стадия, при которой потребовалась эндоназальная операция.

Можно сформулировать показания к лечебным мерам в отношении конкретной стадии синусита. Первая стадия требует консервативного лечения, в некоторых случаях с отказом от

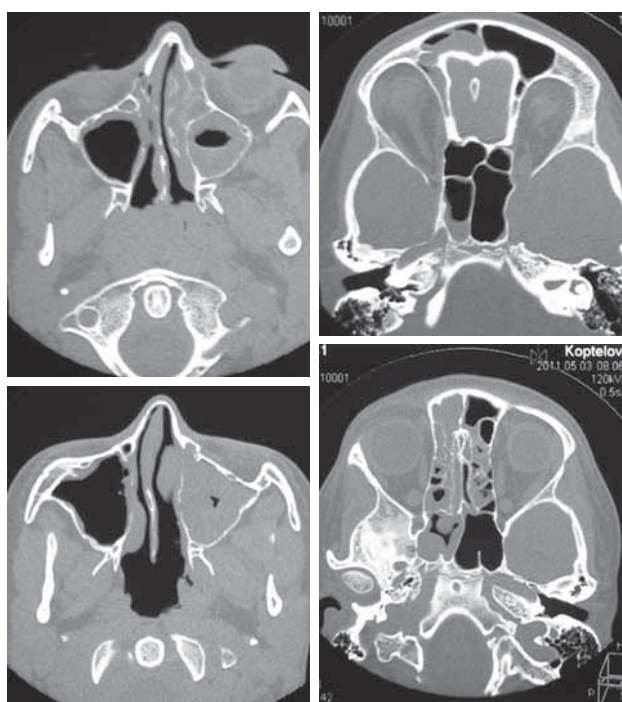


Рис. 4. Картина полисинусита, искривление носовой перегородки.

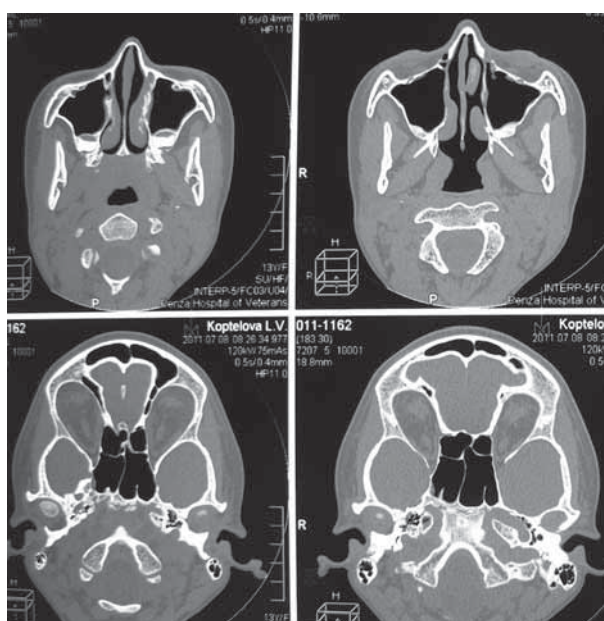


Рис. 5. Состояние после операции и ПДЕС.



антибиотиков (острый синусит, легкое течение). При второй – требуются консервативное лечение, дренирование синусов, щадящая эндоназальная хирургия. При третьей стадии необходимо радикальное вмешательство. Исходя из концепции стадийности синусита, поспешное и неадекватное хирургическое вмешательство может скомпрометировать сохраненные механизмы обратного развития воспаления. Учитывая вероятность ошибочного заключения относительно границ между стадиями заболевания необходимо соблюдать принцип *non posse* и при хроническом процессе начинать лечение с консервативной терапии, а при показаниях к хирургии отдавать предпочтение щадящим эндоназальным методам. В связи с этим мы применяем этапный принцип лечения [10]. Во всех случаях, когда нет абсолютных показаний для хирургического лечения, первым этапом является амбулаторный, при котором производятся диагностика и лечение с использованием принудительного дренирования синусов через естественные соустья. Использование предварительного активного лечения дает возможность элиминировать воспалительный процесс в тех синусах, где воспалительный процесс находился в первой стадии, уменьшить выраженность воспалительного процесса в других синусах и, таким образом, минимизировать потенциальный объем хирургического вмешательства или вообще отказаться от него.

При второй стадии синусита адекватной является щадящая эндоназальная хирургия, в частности функциональная эндоскопическая хирургия остиомеатального комплекса.

При третьей стадии синусита (необратимый, декомпенсированный процесс) необходимо склоняться к большему радикализму хирургического лечения. Примером могут служить осложненные инфекционно-аллергические синуситы, рецидивирующие процессы при наличии фиброзно-полипозных, поликистозных изменений. Исключения составляют синуситы на фоне генетических пороков (муковисцидоз, синдром Картагенера), где хирургические вмешательства должны быть щадящими.

Выводы

Приведенные литературные данные и собственный опыт дают основания считать целесообразным подразделение воспалительного процесса на стадии:

- 1-я стадия – обратимый (компенсированный);
- 2-я стадия – с частичной утратой способности обратного развития (субкомпенсированный);
- 3-я стадия – необратимый (декомпенсированный).

Такой подход позволит конкретизировать показания для консервативного и хирургического лечения, а следовательно, даст возможность улучшить их результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Говорун М. И., Кокорина О. В. Применение локальной гипертермии в лечении гнойных синуситов // Мат. XVIII съезда оторинолар. России. – СПб., 2011. – Т. 3. – С. 80–82.
2. Гюсан А. О., Узденева Р. Х. Структура заболеваний околоносовых пазух в Карачаево-Черкессии // Рос. ринолог. – 2008. – № 2. – С. 15.
3. Егоров В. И., Козаренко А. В., Штиль А. А. Об объеме оперативного вмешательства при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух // Там же. – 2008. – № 2. – С. 29.
4. Козлов В. С. Роль и значение интраназальных кортикостероидов в лечении риносинуситов // Там же. – 2003. – № 3. – С. 20–25.
5. Крюков А. И., Сединкин А. А. Сравнительная оценка эффективности и безопасности амоксиклава (амоксициллина клавуланата) и ампициллина в лечении острого синусита // Вестн. оторинолар. – 2004. – № 1. – С. 49–50.
6. Лапина С. А. Клинические критерии обратимости воспалительного процесса в слизистой оболочке полости носа и параназальных синусов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 18 с.
7. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите: метод. рекомендации / А. И. Крюков [и др.] – М., 2002. – 15 с.
8. Лечение синусита без пункций / Н. Л. Кунельская [и др.] // Рос. ринолог. – 2007. – № 2. – С. 51.
9. Лиманский С. С. Обоснование классификации синуситов // Там же. – 1997. – № 2. – С. 10.
10. Лиманский С. С. Этапный принцип лечения хронических синуситов // Там же. – 1998. – № 2. – С. 29.
11. Лиманский С. С. О заблуждениях при решении проблемы синуситов // Мат. XVIII съезда оторинолар. России. – СПб., 2011. – Т. 3. – С. 197–201.
12. Машкова Т. А., Неровный А. И., Мальцев А. Б. Пути повышения эффективности лечения экссудативного фронтита методом эндоназального зондирования // Рос. оторинолар. – 2008. – Прил. № 3. – С. 256–259.



13. Мокроносова М. А., Куян Ю. С. Макролиды и хронический риносинусит // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 6. – С. 85–88.
14. Неинвазивная дифференцированная терапия острых риносинуситов / В. И. Попович [и др.] // Рос. ринолог. – 2008. – № 4. – С. 13–18.
15. Овчинников А. Ю., Панякина М. А., Дженжера Б. Е. Наш опыт применения «респираторных» фторхинолонов в лечении больных острым и обострением хронического гайморита с коморбидной патологией нижних дыхательных путей // Рос. оторинолар. – 2008. – Прил. № 3. – С. 293–296.
16. Овчинников А. Ю., Шевцов Е. А., Панякина М. А. «Новые макролиды» или перспектива неинвазивного лечения больных острым бактериальным синуситом // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 5. – С. 64–67.
17. Острый бактериальный риносинусит: современные подходы к диагностике и антибактериальной терапии в амбулаторных условиях / А. А. Тарасов [и др.] // Там же. – 2003. – № 2. – С. 46–54.
18. Пальчун В. Т., Гуров А. В., Мужичкова А. В. Эпидемиологические аспекты синуситов и основные подходы к лечению // Там же. – 2009. – № 5. – С. 191–192.
19. Панин В. И., Дудин П. В., Панина М. Л. Применение препарата фитоэкдистероидов при остром гнойном верхнечелюстном синусите // Рос. оторинолар. – 2004. – № 6. – С. 108–111.
20. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
21. Пискунов С. З. Компьютерная томография в диагностике заболеваний полости носа и околоносовых пазух. – Курск, 2002. – 185 с.
22. Рабинович С. А., Серебряков С. О. Общая терапия: справ. препаратов фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ». – 2008–2009.
23. Рязанцев С. В., Марьяновский А. А. Антигомотоксическая терапия в дополнительных протоколах лечения заболеваний ЛОР-органов: метод. рекомендации. – СПб., 2008. – 44 с.
24. Рязанцев С. В., Кочеровец В. И. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод. рекомендации. – СПб., 2010. – 40 с.
25. Сакович А. Р. Возможности лечения острого гнойного синусита с позиции гомотоксикологии и антигомотоксической терапии // Рос. оторинолар. – 2010. – Прил. № 2. – С. 417–419.
26. Туровский А. Б. К вопросу об этиологии и патогенезе хронического синусита // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 5. – С. 205–208.
27. Эпидемиология хронических риносинуситов в Ставропольском крае / А. А. Фаянс [и др.] // Рос. ринолог. – 2003. – № 2. – С. 15.
28. Юркин С. А., Петрова Ю. С. Сравнительная оценка беспункционных способов лечения гнойных синуситов // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 3. – С. 312–315.
29. EPOS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 – a summary // Prim Care Resp J. – 2008 – Vol. 17. – N 2. – P. 79–89.
30. Infektions rhinosinusitis in adults: classifications, ethiology, and management / V. Lund [et al.] // J. Ear, Nose and Throat. – 1997. – Vol. 76. – Suppl. – P. 22.
31. Kennedy D. W. Pathogenic factors in chronic rhinosinusitis // Amer. J. of Rhinology special issue September. – 2000. – Vol. 2. – P. 110.
32. Mann W., Jonas J. Untersuchungen zur Spontanheilung der Sinusitis maxillaries // H. N. O. – 1981. – Vol. 29. – N 3. – S. 92–94.
33. Schmidt F., Hamalcik P. Antihomotoxische Medizin. – Baden-Baden, 1996.

Лиманский Станислав Степанович – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Пензенского ИУВ.
Тел.: 8-841-2-556-493, e-mail: drlimanski@yandex.ru