

УДК: 616.216.2-002-08-035

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ФРОНТИТ

Матвійчук Я.М.

Клінічна лікарня Львівської залізниці, м. Львів

Ключові слова: гострий, хронічний фронтит, аномалії розвитку лобової пазухи, консервативне хірургічне лікування.

Актуальність проблеми запальних хвороб приносних пазух визначається їх високою питомою вагою в загальній структурі захворювань ЛОР-органів, негативним впливом на якість життя пацієнтів (внаслідок порушення носового дихання виникає стан гіпоксії організму: знижується увага, підвищується втомлюваність, порушуються загальний стан, сон, нюх та ін.), а також можливістю виникнення внутрішньочерепних та орбітальних ускладнень [4, 8].

Провідну роль в патогенезі гострого і, особливо, хронічного синуситу відіграє обструкція вивідних отворів приносних пазух, що зумовлює порушення аерації та евакуації патологічного вмісту. Обструкція може бути спричинена запальним набряком або гіперплазією слизової оболонки порожнини носа, різноманітними аномаліями особливостями остеометатального комплексу [7]. В анатомічно вузьких щільного остеометатальної ділянки (лобна вивідна протока, решітчаста лійка) концентрується значна частина вдихуваного повітря з бактеріальними і вірусними антигенами, які осідають і зумовлюють запалення у зазначених ділянках. За порушення функції миготливого епітелію блокується евакуація слизу з синусів з подальшим виникненням латентного запального процесу в них [1].

Найчастіше блок цієї ділянки пов'язують з різноманітними анатомічними варіантами будови внутрішньоносних структур латеральної стінки носа, середньої носової раковини і деформацією носової перегородки [5, 6]. Цим пояснюється не завжди ефективна антибактеріальна терапія хвороб приносних пазух.

Вдосконалення методів хірургічного лікування хвороб носа та приносних пазух змушує шукати шляхи підвищення інформативності променевого дослідження, об'єктивізації його даних. В діагностиці хвороб приносних пазух чільне місце посідає метод пошарового дослідження: комп'ютерна (КТ) і магніторезонансна томографія (МРТ) [3].

Метою дослідження був вибір найефективнішої тактики лікування пацієнтів із захворюваннями приносних пазух.

Матеріали та методи дослідження

З 1998 до 2002 р. на стаціонарному лікуванні в ЛОР відділі перебували 146 пацієнтів віком від 15 до 75 років з хворобами приносних пазух. З даними комплексного клінічного обстеження, рентгенографії, КТ або за показаннями МРТ ізольований фронтит діагностовано у 23 пацієнтів (в тому числі 7 жінок і 16 чоловіків); гострий або хронічний фронтит як складова одностороннього пансинуситу – у 45 (16 жінок та 29 чоловіків); фронтит, як складова двобічного пансинуситу – у 78 (30 жінок та 48 чоловіків). Тривалість хвороби від 2 до 15 років, загострення запального процесу спостерігали 1–2 рази на рік, що зумовлювало тимчасову втрату працездатності та необхідність амбулаторного лікування.

Показаннями до проведення КТ та МРТ приносних пазух були: припущення про наявність кісти, неефективність консервативного лікування, розбіжності між даними клінічних та рентгенологічних досліджень.

Для бактеріологічного дослідження використовували змиви верхньощелепної пазухи. В пазуху вводили 10–20 мл стерильного ізотонічного розчину натрію хлориду, надмір виливався в порожнину носа через природний отвір, а залишковий розчин з вмістом пазухи аспірували в стерильний шприц і направляли на дослідження.

Результати та їх обговорення

Хворим проводили консервативне лікування з застосуванням масивних доз антибіотиків (брали до уваги не тільки чутливість до них мікроорганізмів, а й високу біодоступність, низьку токсичність препаратів, мінімальну частоту побічних реакцій) [4]; антигістамінних засобів, проводили анемізацію ділянки середнього носового ходу; призначали судинозвужувальні краплі, здійснювали пролонговане дренивання верхньощелепної пазухи з використанням тefлонової трубки, крізь яку пазуху двічі на день промивали 150–200 мл розчину антисептика, після чого вводили в неї антибіотик.

При незначній позитивній клінічній динаміці хворим проводили трепанопункцію лобової пазухи

хи з наступним дренаванням і промиванням пазухи розчином антибіотика.

Хірургічне лікування проведено 11 пацієнтам з приводу хвороби лобової пазухи: розширена фронтотомія з формуванням нового лобно-носового з'єднання. Обсяг та характер операції з приводу хронічного гнійного поліпозного фронтиту залежали від виявлених патологічних змін, зокрема, карієсу стінок пазухи. Якщо дозволяли обставини, зокрема, не була уражена карієсом нижня частина передньої стінки, видавали перевагу операції Кіліана, яка передбачає збереження на рівні надбрівної дуги "містка", який утримує м'які тканини від заглиблення до поопераційної порожнини і зростання з її стінками. Косметичний результат таких операцій задовільний [2].

У 9 пацієнтів під час КТ (у 4) та МРТ (у 5) лобової пазухи виявлено рудиментарну щілиноподібну пазуху, окремі перегородки та кишені в пазусі, в яких під час виконання операції виявлена гіперплазована або поліпозно-змінена слизова оболонка. Порівняння операційних знахідок з результатами КТ та МРТ підтвердило дані щодо об'єму, структури лобової пазухи та її патологічного вмісту.

У 21 хворого з загостренням хронічного пансинуситу після недостатньо ефективного консервативного лікування і за даними КТ або МРТ виявлений патологічний процес у верхньощелепній пазусі. Цим хворим проведено хірургічне втручання – розширена гайморотомія, однібочна – 17, одномоментна двобічна – 4.

Критеріями оцінки ефективності лікування були:

- зміни клінічних симптомів: зникнення болю, розпирання в ділянці пазухи, припинення виділень з порожнини носа, зникнення відчуття закладеності носа, відновлення адекватного носового дихання;

- за даними інструментальних досліджень: позитивна динаміка риноскопичної картини;
- за даними лабораторних досліджень: нормалізація загального аналізу крові і результатів бактеріологічного дослідження.

W. Messerklinger сформулював концепцію "причинного лікування синуситу", основу на його риногенній природі. Якщо запальний процес в приносних пазухах не піддається консервативній санації або рецидивує, причина його – в порожнині носа, як правило, у вузькій системі вивідних проток пазух [1, 10]. Не тільки анатомічні відхилення (збільшення решітчастого пухиря, гіперпневматизація клітини валка носа, збільшення гачкоподібного відростка, девіація перегородки носа, наявність шпичаків або гребенів, а й аномалії розвитку лобової пазухи (рудиментарно-щілиноподібна форма однієї пазухи за нормального розвитку протилежної), а також наявність окремих перегородок в пазусі з утворенням кишень, що підтверджено нашими дослідженнями, призводить до блоку природних вивідних проток і спричиняє виникнення хронічного фронтиту.

Аналізуючи матеріали дослідження, ми дійшли висновку, що можливості загальноприйнятого рентгенологічного дослідження лобової пазухи, як правило, обмежені. Отже, доцільне ретельне дослідження приносних пазух з використанням високоінформативних методик КТ або МРТ, що дає змогу не тільки діагностувати хронічний запальний процес, а й конкретизувати його локалізацію, поширеність, характер аномалії розвитку приносних пазух. В першу чергу таке обстеження слід проводити хворим з часто рецидивуючим і тривалим запальним процесом у пазухах, який не піддається звичайним методам лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богомільский М.Р., Гаращенко Т.И. Диагностическая эндоскопия в ринологии у детей // Вестн. оториноларингологии. – 1995. – №3. – С.10–19.
2. Диденко В.И., Гусаков А.Д., Никитчин С.Д. Ближайшие и отдаленные результаты реконструктивно–пластических хирургических вмешательств на лобных пазухах с использованием аутологической губчатой кости и костного мозга // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – №2. – С.101–103.
3. Іськів Б.Г., Шкоба Я.В., Вітрихівська О.М., Лакіза С.О. Роль МРТ в діагностиці прихованих (латентних) форм хронічних синуситів // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – №2. – С.68–69.
4. Рациональная антибиотикотерапия лиц с параназальными синуситами / Нечипоренко В.П., Андреев В.Н. Лозицкая В.И., Гинькут В.Н. // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №1. – С.79–81.
5. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Хирургическое лечение вазомоторного и гипертрофического ринитов // Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. – Воронеж: Изд-во Воронежского ун-та, 1991. – С.96–110.
6. Протасевич Г.С., Хабаров А.В., Андрейчин Ю.М. Вплив деформації перегородки носа на стан ЛОР-органів // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1996. – №1. – С.80–87.
7. Пухлик С.М. Вазомоторний риніт(діагностика та лікування: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук :14.01.19 / Київський НДІ оториноларингології ім. О.С. Коломійченка. – К., 2000. – 34 с.
8. Casiano R.R. Managing rhinosinusitis // J. Resp. Dis. – 1999. – V.20, N.10, suppl. – P.535–541.

9. *Correa A.J., Reinisch L.* Analysis of a critical pathway in osteoplastic flap frontal sinus obliteration // *Laryngoscope.* – 1999. – V.109, N.8. – P.1212–1216.

10. *Freeman S.B., Blom E.D.* Frontal sinus stents // *Lary-*

ngoscope. – 2000. – V.110, N.7. – P.1179–1182.

11. *Su W.F., Lin J.K., Nieh S.* Entomophthora coronata infection of the paranasal sinuses: report of a case // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 1997. – V.55, N.10. – P.1158–1161.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ФРОНТИТОМ

Матвийчук Я. М.

Обследованы 146 больных острым и хроническим синуситом. Изолированный фронтит диагностирован у 23 из них, односторонний синусит – у 45, пансинусит – у 78. При компьютерной (КТ) и магниторезонансной (МРТ) томографии выявлены аномалии развития лобной пазухи, наличие патологического содержимого, что подтверждено при выполнении хирургического вмешательства. Высокая информативность КТ и МРТ обеспечивает достаточные данные для выбора тактики лечения больных с рецидивирующим синуситом.

PECULIARITIES OF TREATMENT PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC FRONTITIS

Matviychuk Ya. M

146 patients with acute and chronic sinuits were examined. Frontal sinusitis metopantritis were diagnosed in 23 patients, one side sinusitis – in 45 one, pansinuitis – in 78. Computer tomography (CT) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) find out the developmental anomaly of sinus frontralis with pathological exudates, what was identified by surgical treatment. High information of CT and MRI provide at best basis for choice of treatment patients with recurring sinuitis.