

УДК 616.216.1—002—07—08—039.73

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ І КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАЙМОРИТ

Боєнко С. К., Боєнко Д. С., Патока О. Ф.

Ринологічний центр Дорожньої клінічної лікарні на станції Донецьк

Ключові слова: навколоносові пазухи, гайморит, діагностика, консервативне лікування.

Нині пацієнти із захворюваннями носа і навколоносових пазух (ННП) становлять більше половини всього контингенту ЛОР-клінік. Кількість таких хворих щороку збільшується на 1—1,5 % [8]. У США синусит став найпоширенішим хронічним захворюванням, яке випередило за частотою виникнення артрити й артеріальну гіпертензію [6].

Останніми роками доведено, що у патогенезі «великих» синуситів провідну роль відіграють порушення аерації та дренажу пазух [3, 4, 9]. Це пов'язане з патологією остіомеатального комплексу — зони природних сполучень верхньощелепних, лобових і передніх решітчастих пазух [13].

Незважаючи на безсумнівні успіхи ендоскопічного хірургічного лікування синуситів [5, 6, 14], їхнє консервативне лікування і тепер є основним [1, 7, 8, 9]. Успіхи у консервативному лікуванні гаймориту значною мірою пов'язані з упровадженням дренажного методу [6, 10].

Наша робота присвячена оптимізації діагностики і консервативного лікування хворих на гайморит.

Матеріали і методи

Ми у 1999 — 2001 рр. у ринологічному центрі спостерігали 998 хворих на гайморит. Чоловіків було 517 (51,8 %), жінок — 481 (48,2 %). За віком хворі розподілилися так: до 14 років — 147 (14,7 %), 14—20 років — 180 (18,0 %), 21—40 років — 378 (37,9 %), 41—60 років — 234 (23,5 %), понад 60 років — 59 (5,9 %). Гострі процеси мали місце у 756 (75,8 %) пацієнтів, хронічні — у 242 (24,2 %). Однобічні ураження відзначено у 328 (32,9 %) хворих, двобічні — у 670 (67,1 %). Таким чином, гайморити спостерігалися майже рівною мірою у чоловіків і жінок, частіше — активного віку. Гострі процеси відзначено утричі частіше, ніж хронічні, двобічні — удвічі частіше, ніж однобічні. Слід підкреслити, що як серед гострих, так і серед хронічних гайморитів переважали гнійні форми запалення (72,4 і 49,2 % відповідно).

Для підвищення вірогідності оцінки стану системи «порожнина носа — максиллярне сполучення — верхньощелепна пазуха» ми вивчали усі ланки цієї системи [3]. Стан порожнини носа оцінювали за

допомогою ендориноскопії і комп'ютерної (і/чи магніторезонансної) томографії. Максиллярне сполучення досліджували за допомогою кількісних показників його прохідності за методом Дреттнера [12], а також комп'ютерної (і/чи магніторезонансної) томографії. Зміни верхньощелепних пазух діагностували, застосовуючи діафаноскопію, рентгенографію, діагностичну пункцію порожнини, комп'ютерну (і/чи магніторезонансну) томографію, а за потреби — синусоскопію.

У лікуванні хворих на гайморит ми передусім прагнули домогтися відновлення дренажу та аерації уражених пазух. З цією метою застосовували препарат активфед, деконгестанти (назол, нокспрей, віброцил) в аерозольній формі, анемізацію середніх носових ходів. Усім хворим промивали порожнину носа і ННП за Проетцом антисептиками чи мірамістином, призначали сольові душі. У кожному разі застосовували імуномодулятор місцевої дії ІРС-19 за схемою протягом місяця.

До антибактеріальної терапії вдавалися тільки в тяжких випадках: місцево — біопарокс, перорально — зиннат. У разі наявності гнійних процесів у верхньощелепних пазухах (ВЩП) проводили їхнє дренажування через нижній носовий хід з промиванням синуса розчинами антисептиків, мірамістину і/чи антибіотиком зинацеф. Цей метод було застосовано для 383 хворих.

Дренажну трубку втирали у пазуху за допомогою затупленої голки із дещо вигнутим кінцем. Жодних спеціальних приладів та засобів для фіксації дренажної трубки ми не застосовували.

Промивання пазухи крізь дренаж розчином антисептиків виконували через спеціальну канюлю-перехідник, яку насаджували на дренажну трубку. Процедури проводили 1—2 рази на день, залежно від тяжкості процесу. Після промивання пазуху декілька разів продували повітрям та вводили у неї 5 мл розчину мірамістину чи антибіотика зинацеф у концентрації 7,5 мг/мл. Оптимальність концентрації зинацефу було визначено раніше у нашому експерименті [2]. Для 83 хворих провели крапельне введення розчину зинацефу у пазуху (діаліз). Крізь систему для внутрішньовен-

ного введення розчин повільно (30 крапель за хвилину) вливали у дренажну трубку і далі у пазуху, з пазухи крізь максиллярне сполучення у порожнину носа та вливається у підкладену до носа пелюшку.

Результати та обговорення

Перед лікуванням зміни з боку ВЩП ми виявили в усіх хворих на гайморит, а зміни у максиллярному сполученні — у 91,1 % пацієнтів з гострими процесами і у 96,7 % — із хронічними. Патологія внутрішніх носових структур мала місце у 203 (20,3 %) хворих.

Результати лікування оцінювали за суб'єктивними та об'єктивними критеріями: зникнення головного болю, гнійного ексудату з пазухи, нормалізація функції максиллярного сполучення, поліпшення носового дихання, нормалізація риноскопичної картини. Метод дренивання верхньощелепної пазухи заощаджує час хворого і лікаря, дає можливість протягом дня кілька разів промити пазуху і ввести ліки, виключає повторне застосування знеболювальних речовин, забезпечує постійний відтік ексудату й аерацію порожнини.

Особливої потреби у додатковій фіксації дренажу немає: провалювання трубки у пазуху не відзнача-

ють жодного разу. Під час сякання дренаж вийшов з порожнини у 7 (1,8 %) хворих.

Тривалість дренивання ВЩП становила 7—10 днів (у середньому — $(8,2 \pm 1,4)$ днів). Якщо до цього терміну ми не досягли санації пазухи, то вилучали дренаж і розглядали можливість оперативного втручання.

Консервативне лікування виявилось ефективним у 654 з 756 (86,5 %) хворих на гострий гайморит і у 109 з 242 (45,0 %) хворих на хронічний гайморит.

Таким чином, консервативне лікування хворих на гайморит дало змогу досягти успіху у переважній більшості випадків гострого процесу і майже у половині — хронічного.

Висновки

Під час діагностики гаймориту слід оцінювати стан усіх ланок системи «верхньощелепна пазуха — максиллярне сполучення — порожнина носа».

Консервативне лікування є ефективним методом лікування більшості (86,5 %) хворих на гострий гайморит і майже половини (45,0 %) — на хронічний. Дренивання ВЩП істотно поліпшує результати лікування.

Зміни в остіомеатальному комплексі у хворих на гострий гайморит мають зворотний характер.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безшапочный С. Б., Китных И. П., Гурина Л. И. Лечение больных острым синуситом с использованием синус-катетера «ЯМИК-2» // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2001.— № 2.— С. 72—73.
2. Боенко С. К., Крюк Ю. Я., Боенко Д. С. Влияние различных концентраций раствора антибиотика зинацеф на функцию мерцательного эпителия пищевода лягушки и обоснование местного использования зинацефа при синуситах // Соврем. вопросы аудиологии и ринологии: Тез. докл. науч.-практ. конф. (Курск, 7—8 июня 2000 г.).— М.: Б. и., 2000.— С. 51.
3. Боенко Д. С. Прогідність максиллярного співустя та вибір оптимального методу лікування гаймориту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2001.— № 3 (додаток).— С. 20—21.
4. Заболотный Д. И., Зарицкая И. С. Эндоскопия полости носа у больных с хроническим гнойным синуситом // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.— 1999.— № 3.— С. 78.
5. Козлов В. С. Новый метод и инструмент для хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе как альтернатива операции Колдуэлла—Люка // Вестн. оториноларингологии.— 1997.— № 4.— С. 8—12.
6. Лопатин А.С. Современные методы эндоскопической хирургии неопухольевых заболеваний носа и околоносовых пазух.— М.: Б. и., 1998.— 48 с.

7. Мітін Ю. В., Джурко Л. Р., Кур'янов С. В. Сучасний підхід до лікування захворювань носа і навколосинових пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2001.— № 3.— С. 38—43.

8. Пискунов С. З., Пискунов Г. З., Ельков И. В. и др. Проблема общего и местного консервативного лечения острого и хронического гайморита // Рос. ринология.— 1994.— № 1.— С. 5—15.

9. Пискунов С. З., Завьялов Ф. Н., Гурьев И. С., Пискунов В. С. Особенности патологического процесса в околоносовых пазухах в зависимости от расположения и размеров соустья // Рос. ринология.— 1999.— № 2.— С. 16—19.

10. Протасевич Г. С., Яшан О. І. Лікування хворих на гострий і хронічний гайморит із застосуванням постійного дренажу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2001.— № 4.— С. 83—85.

11. Уральский А. В. Эндо- и экстраназальные подходы в хирургическом лечении сочетанных поражений верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта // Рос. ринология.— 1998.— № 2.— С. 31—32.

12. Dretner B. Measurements of the resistances of the maxillary ostium // Acta oto-laryng.— 1965.— Vol. 60.— P. 499—505.

13. Naumann H. Pathologische Anatomie der chronischer Rhinitis und Sinusitis // Proceedings of VIII Intern. Congr. of Oto-rhino-laryngol.— Amsterdam, 1965.— P. 80.

14. Stammberger H. Funcnional endoscopic sinus surgery. The Messerlinger technique.— Philadelphia : B.C. Decker, 1991.— 529 p.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАЙМОРИТОМ

Боенко С. К., Боенко Д. С., Патока А. Ф.

При диагностике гайморита оценивалось состояние всех звеньев системы «верхнечелюстная пазуха — максиллярное соустье — полость носа». Консервативное лечение гайморита было направлено на восстановление проходимости максиллярного соустья, широко использовался метод дренирования верхнечелюстной пазухи. Лечение оказалось эффективным у 86,5 % больных с острыми процессами и у 45,0 % — с хроническими. Сделан вывод об обратимом характере изменений в остиомаатальном комплексе у 86,5 % больных острым гайморитом.

OPTIMUM OF DIAGNOSTICS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS DISEASED IN ANTRITIS

Bojenko S. K., Bojenko D. S., Patoka A. F.

On case of diagnostics of antritis was appreciated the condition of all links of system «maxillary sinusitis — maxillary ostium — nasal cavity». Conservative treatment of the antritis was directed at rehabilitation of permeability of maxillary ostium, method of drainage of maxillary sinusitis was widely used. Treatment showed to be affective in 86,5 % of patients in the stage of acute process and in 45,0 % with chronic disease. So the conclusion is made about the reversible character of changes in osteomealitic complex of 86,5 % of patients in acute antritis process.