



НЕИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ФРОНТИТОВ

Киселев А. С.¹, Рыбин А. А.²

¹ ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Министерства обороны РФ
194044, Санкт-Петербург, Россия

(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. В. В. Дворянчиков)

² ГУЗ «Городская больница № 20», 196066, Санкт-Петербург, Россия
(Главный врач – Т. В. Суровцева)

NONINVASIVE METHOD OF ACUTE FRONTAL SINUSITIS TREATMENT

Kiselyov A. S.¹, Rybin A. A.²

¹ Federal State Budgetary Military Educational Institution Military Medical Academy named after S. M. Kirov,
Saint Petersburg, Russia

² State-Financed Health Institution Municipal Hospital N 20, Saint Petersburg, Russia

В статье приводятся результаты исследования, имеющего своей целью доказать возможность неинвазивной терапии гнойных фронтитов при остром полисинусите.

Было отобрано 50 историй болезни больных из 390 с острым полисинуситом, лечившихся в больнице в 2014 г., по признаку обязательного наличия уровня гнойного экссудата в одном или обоих лобных синусах. Проводилось стандартное лечение (пункции верхнечелюстных пазух при наличии в них гнойного экссудата, подтвержденного лучевой диагностикой, антибиотикотерапия, деконгестанты, муколитики). Основные клинические проявления заканчивались к 5–7-му дню лечения. У 2 пациентов выздоровление затягивалось, и им была произведена трепанопункция лобного синуса.

Результаты лечения позволяют утверждать, что неинвазивная терапия острых фронтитов оправдывает себя, так как лобные пазухи, в отличие от верхнечелюстных, дренируются «гравитационно», чему способствует купирование при полисинусите воспаления верхнечелюстных пазух, нижних по отношению к лобным, освобождаящие им естественный дренажный путь.

Ключевые слова: острый полисинусит, острый фронтит, неинвазивный метод лечения острых фронтитов.

Библиография: 10 источников.

The article presents the results of research aimed at proving the possibility of noninvasive therapy of purulent frontal sinusitis in acute polysinusitis.

We selected 50 case histories of 390 patients with acute polysinusitis treated in the hospital in 2014, based on availability of a level of purulent exudate in one or both frontal sinuses. The patients underwent standard treatment (puncture of the maxillary sinuses in case of purulent exudate, confirmed by X-ray diagnostics, antibiotic therapy, decongestant, mucolytics). The main clinical manifestations ended by the 5th–7th day of treatment. In 2 patients the recovery was delayed and they underwent the frontal sinus trephination.

The treatment results suggest that noninvasive therapy of acute frontal sinusitis is justified, due to the fact the frontal sinuses, unlike maxillary sinuses, are drained «gravitationally», aided by reduction of inflammation of the maxillary sinuses being lower in relation to the frontal ones, thus relieving the natural drain path.

Key words: acute polysinusitis, acute frontitis, noninvasive method of frontal sinusitis treatment.

Bibliography: 10 sources.

В последнее время ринологи стали нередко отходить от обязательного, казалось бы, инвазивного метода лечения острых полисинуситов, сопровождающихся появлением воспалительного экссудата в околоносовых синусах, отказываясь от пункции верхнечелюстных пазух, не говоря уже о трепанопункции лобных пазух.

Судя по публикациям в зарубежной литературе, ринологи при острых полисинуситах предпочитают не применять инвазивные методы лечения, делая упор на антибиотикотерапию [1]. Такой же тактики стали придерживаться и ряд отечественных авторов [2]. Более того, сообщает-

ся о положительном клиническом результате при монотерапии только одним «Синуфорте», созданным на основе цикломена европейского [3, 4].

В то же время большинство отечественных авторов при остром гнойном фронтите предпочитают в качестве ведущего метода лечения трепанопункцию лобных синусов [5–7].

Между тем лобные синусы в отличие от верхнечелюстных у человека, перешедшего в процессе филогенеза в вертикальное положение, продолжают сохранять условия, удобные для естественного дренирования. Именно поэтому W. Draft [8] назвал дренирование лобных синусов



«гравитационным», и оно в большинстве случаев успешно осуществляется, несмотря на достаточно длинный и относительно узкий лобно-носовой канал. Нельзя не вспомнить и работу, сделанную в Саратовском НИИ физиологии верхних дыхательных путей, руководимым М. Ф. Цытовичем. Его сотрудница О. В. Цытович, исследуя частоту поражения околоносовых пазух у людей и собак, пришла к выводу, что «поражение придаточных полостей у собак или вовсе не встречается, или крайне редки (в наших случаях из 180 собак отмечалось поражение только в двух случаях). Основной формой поражения придаточных пазух носа у человека должны признаваться гаймориты полости, которые, по данным института, встречались в 92%» [9].

Приведенные обстоятельства послужили основанием наших исследований, целью которых явилось изучение возможности неинвазивной терапии гнойных фронтитов при остром полисинусите.

Материал исследования. В течение 2014 г. в ЛОР-отделении ГБ № 20 Санкт-Петербурга было пролечено 390 больных с острым полисинуситом, из них с верхнечелюстным синуситом – 272, а с полисинуситом – 138 человек. Изолированные фронтиты встретились в 22 случаях, трепанопункция лобных пазух применялась только в 2 случаях.

Было отобрано и изучено 50 историй болезни больных с острыми полисинуситами по признаку обязательного наличия уровня экссудата в одном или обоих лобных синусах и при отсутствии тех или иных ринологических осложнений. Возраст больных колебался от 20 до 74 лет, среди них мужчин было 27, женщин – 23 человека. Изолированный фронтит встретился в 5 случаях, гемисинусит – в 14, полисинусит – у 31 больного. Частота симптомов у больных с острым полисинуситом распределилась следующим образом: лихорадка и симптомы общей интоксикации имели место у 32 больных, головная боль – у 39, болевые ощущения в области проекции лобной пазухи с иррадиацией в орбиту – у 28 человек. Воспалительные признаки в периферической крови отмечены у 22 больных. У всех заболевших отмечалось нарушение носового дыхания.

Результаты лечения. Больным проводилось стандартное лечение: пункция верхнечелюстных синусов, при наличии воспалительного экссудата, подтвержденного лучевым исследованием, антибиотикотерапия, назначались деконгестанты, муколитики, десенсибилизирующие препараты, при необходимости обезболивающие. Основные клинические проявления острых синуситов заканчивались к 5–7-му дню лечения. Пациенты выписывались на 7–12-е сутки.

Контрольная рентгенография осуществлялась на 5–7-й день лечения. У всех 50 больных отмечалось восстановление пневматизации верхнечелюстных пазух. Восстановление пневматизации лобных синусов наступило у 48 больных, что свидетельствовало об их клиническом выздоровлении. В 2 случаях у пациентов с острым гнойным полисинуситом выздоровление лобных пазух затягивалось, и им была произведена трепанопункция лобных пазух. В 1 случае была выполнена диагностическая трепанопункция, но при аспирации гной из просвета пазухи не был получен, а при ее промывании установлена недостаточность функционирования соустья. Во 2-м случае лечение было продолжено, и через 5 дней, при очередном рентгеновском исследовании, пневматизация пазухи восстановилась. Изолированные острые экссудативные процессы в лобных синусах при проведении адекватного консервативного лечения разрешались самостоятельно и довольно быстро.

Обсуждение. При лечении гнойных фронтитов (входящих в состав полисинуситов) из инвазивных методов мы применяли только пункцию верхнечелюстных пазух, от которой не отказались многие отечественные отоларингологи. Так, С. З. Пискунов с соавт. [10] справедливо считают, что только одна консервативная терапия, прежде всего антибиотикотерапия, нередко ведет к возникновению устойчивой микрофлоры, особенно если не был подобран оптимальный для пациента этиотропный антибиотик. Поэтому, хотя классическое положение *ubi pus ibi evasue* уже, по-видимому, не стало абсолютным догматом, как в доантибиотиковую эру, его нельзя считать устаревшим и не соответствующим вызовам нового времени.

Санкт-Петербургская школа продолжает придерживаться традиционного подхода к лечению острых полисинуситов, при которых ведущее положение остается за пункцией верхнечелюстных пазух для удаления гнойного экссудата. Наши исследования показали, что купирование воспалительного процесса в области нижних носовых синусов (верхнечелюстных и решетчатых) приводит к восстановлению лобно-носового протока и выздоровлению лобных синусов без проведения трепанопункции.

Заключение. Приведенные результаты лечения позволяют утверждать, что неинвазивная терапия по отношению к острым фронтитам оправдывает себя, так как лобные пазухи, в отличие от верхнечелюстных, дренируются «гравитационно», чему способствует купирование при полисинусите воспаления верхнечелюстных пазух и соседнего с ними решетчатого синуса, нижних по отношению к лобным пазухам, освобождающее тем самым для них естественный дренажный путь.



ЛИТЕРАТУРА

1. Brook I., Gooch W. M., Jenkins S. G., Pichichero M. E., Reiner S. A., Sher L. Medical management of acute bacterial rhinosinusitis, Recommendation of a clinical advisory committee on pediatric and adult sinusitis // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2000. Vol. 182. P. 2–20.
2. Овчинников А. Ю., Дженжера Г. Е., Лопатин А. С. Острый бактериальный риносинусит: в поисках оптимального антибиотика // *Рос. ринология.* 2009. № 1. С. 4–7.
3. Попович В. И., Рыжик В. М., Дудий П. Ф., Ванченко И. В., Попович И. В. Неинвазивная дифференцированная терапия острых риносинуситов // *Рос. ринология.* 2008. № 4. С. 13–18.
4. Яровая Л. А., Пискунов Г. З. Новый деконгестант в лечении острого бактериального риносинусита // *Рос. ринология.* 2007. № 7. С. 26–30.
5. Волков А. Г. Лобные пазухи. Ростов н/Д: Феникс, 2000. 512 с.
6. Гусан А. О. Избранные клинические лекции по оториноларингологии. М.: Мед. кн., 2014. 264 с.
7. Карал-Оглы Р. Д. Лечение воспалительных заболеваний полости носа, верхнечелюстных и лобных пазух. Одесса: Друк, 2002. 150 с.
8. Draft W. Endoscopy of the Paranasal Sinuses. New York Springer-Verlag, 1983. 68 p.
9. Цытович О. В. Поражение придаточных полостей носа у людей и собак // *Тр. НИИ физиологии верхних дыхательных путей.* Т. 1. Сталинград. 1934. С. 124–126.
10. Пискунов С. З., Мезенцева О. Ю., Калинин А. А. Бактериальный риносинусит и антибиотики // *Рос. ринология.* 2011. № 1. С. 36–41.

Киселев Алексей Сергеевич – засл. врач РФ, профессор каф. отоларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Россия, 194044, ул. Академика Лебедева, д. 6; тел.: 8(812) 329-71-94, e-mail: lor_kas@mail.ru

Рыбин Александр Анатольевич – канд. мед. наук, Городская больница № 20. Россия, 196066, Санкт-Петербург, ул. Гастелло, д. 21, тел. 8 (812) 373-30-71.

REFERENCES

1. Brook I., Gooch W. M., Jenkins S. G., Pichichero M. E., Reiner S. A., Sher L. Medical management of acute bacterial rhinosinusitis, Recommendation of a clinical advisory committee on pediatric and adult sinusitis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2000; 182: 2–20.
2. Ovchinnikov A. Yu., Genger G. E., Lopatin A. S. Ostryi bakterial'nyi rinosinusit: v poiskakh optimal'nogo antibiotika [Acute bacterial rhinosinusitis: searching for optimal antibiotic]. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian rhinology]; 2009; 1: 4–7 (In Russian).
3. Popovich V. I., Ryzhik V. M., Dudi P. F., Vanchenko I. V., Popovich I. V. Neinvazivnaya differentsirovannaya terapiya ostrykh rinosinusitov [Non-Invasive differentiated therapy of acute rhinosinusitis]. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian rhinology]; 2008; 4: 13–18 (In Russian).
4. Yarovaya L. A., Piskunov G. Z. Novyi dekonjestant v lechenii ostrogo bakterial'nogo rinosinusita [New decongestant in the treatment of acute bacterial rhinosinusitis]. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian rhinology]; 2007; 7: 26–30 (In Russian).
5. Volkov A. G. Lobnye pazukhi [Frontal sinuses]. Rostov-on-don: Phoenix; 2000: 512 (In Russian).
6. Husan A. O. Izbrannye klinicheskie lektzii po otorinolaringologii [Selected clinical lectures on otorhinolaryngology]. M.: Medical book; 2014: 264 (In Russian).
7. Karal-Ogly D. R. Lechenie vospalitel'nykh zabolevanii polosti nosa, verkhnechelyustnykh i lobnykh pazukh [Treatment of inflammatory diseases of the nasal cavity, maxillary and frontal sinuses]. Odessa: Druk; 2002: 150 (In Russian).
8. Draft W. Endoscopy of the Paranasal Sinuses. New York Springer-Verlag; 1983: 68.
9. Tsytoich V. O. Porazhenie pridatochnykh polostei nosa u lyudei i sobak [The lesion of the accessory cavities of the nose in humans and dogs. Proceedings of Research Institute of Physiology of the Upper Respiratory Passages]. Proceedings of research Institute for physiology of the upper respiratory tract. Volume 1. Stalingrad. 1934: 124–126 (In Russian).
10. Piskunov S. Z., Mezentsseva O. Yu., Kalinkin A. A. Bakterial'nyi rinosinusit i antibiotiki [Bacterial rhinosinusitis and antibiotics]. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian rhinology]; 2011; 1: 36–41 (In Russian).

Kiselyov Aleksey S. – Honored Doktor of Russia, M.G., Professor, Chair of Otolaryngology, Military Medical Academy, Russia, 194044, St. Petersburg, ul. Academica Lebedeva, 6, tel. 8-921-753-52-28. E-mail: LOR_KAS. & mail. ru

Rybin Alexandr A. – Phd in Medicine, City hospital N 20, Russia, 196066, St. Petersburg, ul. Gastello, 21. Tel. 8 (812) 373-30-71.