

22. Antman, E. M. Hirudin in acute myocardial infarction: safety report from the Thrombolysis and Thrombin Inhibition in Myocardial Infarction (TIMI) 9B trial / E. M. Antman // *Circulation*. — 1994. — Vol. 90. — P. 1624–1630.

23. Organisation to Assess Strategies for Ischemic Syndromes (OASIS-2) Investigators Effects of recombinant hirudin (Lepirudin) compared with heparin on death, myocardial infarction, refractory angina, and revascularization procedures in patients with acute myocardial ischemia without ST elevation: a randomized trial // *Lancet*. — 1999. — Vol. 353. — P. 429–438.

24. Bivalirudin for patients with acute coronary syndromes / G. W. Stone [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 2006. — Vol. 355. — P. 2203–2216.

25. Oral anticoagulant therapy in patients with coronary artery disease: a meta-analysis / S. S. Anand [et al.] // *J.A.M.A.* — 1999. — Vol. 282. — P. 2058–2067.

26. Department of Veterans Affairs Cooperative Studies Program clinical trial comparing combined warfarin and aspirin with as-

pirin alone in survivors of acute myocardial infarction: primary results of the CHAMP study / L. D. Fiore [et al.] // *Circulation*. — 2002. — Vol. 105. — P. 557–563.

27. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force / M. Hayden [at al.] // *Ann. Intern. Med.* — 2002. — Vol. 136. — P. 161–172.

28. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation / S. Yusuf [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 2001. — Vol. 345. — P. 494–502.

29. Optimal timing of coronary artery bypass graft surgery after acute myocardial infarction / J. H. Braxton [et al.] // *Circulation*. — 1995. — Vol. 92. — P. 66–68.

30. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding / F. K. Chan [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 2005. — Vol. 532. — P. 238–244.

Поступила 12.11.2009

УДК 616.216.1-002

ЯТРОГЕННЫЕ СИСУИТЫ (обзор литературы)

К. Л. Мигманова

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Данная работа представляет собой обзор литературы, посвященной проблемам ятрогенных синуситов. Рассмотрены классификация, физиология, диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение.

Ключевые слова: околоносовые пазухи, ятрогенная патология, нозокомиальные синуситы, компьютерная томография.

YATROGENESIS SINUSITIS (literature review)

K. L. Migmanova

Military Medical Academy of S. M. Kirov, Saint-Petersburg

This article provide the reviw of the modern literature, denoted to the problemes of yatrogenesis sinusitis, sinusitis is considered in aspects of the classifications, physiology, diagnostics, medical treatment and surgery.

Key words: paranasal sinuses, yatrogenesis pathology, nosocomial sinusitis, computed tomography.

Острые и хронические синуситы занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-заболеваний и являются сложной клинической проблемой [2]. Заболеваемость синуситами составляет 25–30 % от общей стационарной ЛОР-патологии [4].

Данное заболевание полиэтиологично и в каждом конкретном случае имеет свой патогенез. Нередко воспалительные заболевания пазух тесно взаимосвязаны с патологическими процессами в нижних дыхательных путях, сосудистыми и неврологическими проблемами, угнетенным иммунитетом, а также травмами и различными медицинскими манипуляциями.

В практической деятельности врачам часто приходится встречаться с ятрогенными синуситами, вызванными медицинскими манипуляциями.

Впервые термин «ятрогенные синуситы» был введен в 1982 году Carlan E. S. [11]. Данное заболевание достаточно широко освещено в медицинской литературе последних лет. Всестороннее изучение ятрогенных синуситов является одной из актуальных проблем современной медицины.

По данным медицинской литературы, ятрогенные синуситы можно классифицировать следующим образом:

1) одонтогенные, или дентарные синуситы, связанные с постановкой импланта или попаданием инородного тела в верхнечелюстную пазуху при манипуляциях стоматолога;

2) нозокомиальные синуситы (внутрибольничные);

3) микотические воспаления слизистой оболочки околоносовых пазух;

4) лучевые синуситы;

5) эозинофильные синуситы (аллергическая реакция на лекарства).

Одонтогенные верхнечелюстные синуситы. Согласно данным большинства авторов, отмечен рост частоты хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов [2, 21]. Это связано, в первую очередь, с состоянием периодонта, а также с резистентностью микроорганизмов к антибиотикам [16]. Так, причиной одонтогенного синусита может стать зуб на

всех стадиях периодонтита, а также зуб с кистогранулемой [15, 20, 27].

В последние годы идет активный поиск новых методик постановки зубных имплантов, однако заслуживает внимания высокая частота осложнений, а именно гнойных синуситов. С целью ранней диагностики синусита авторы предлагают в послеоперационном периоде (после постановки импланта) выполнять КТ околоносовых пазух носа и при необходимости проводить курсы антибактериальной терапии [9, 20].

Описаны случаи проникновения дентарных остатков в верхнечелюстную пазуху спустя месяц после удаления зуба через невидимое ороантральное сообщение [15].

В литературе также представлены одонтогенные синуситы с перфорацией дна пазухи, возникшей в момент экстракции зуба [8]. Лечение такой патологии является сложной задачей. Возможно ушивание дефектов, закрытие коллагеновой мембраной или аллотрансплантатом — пластинкой подвздошной кости. В редких случаях может наступить самоизлечение ороантрального сообщения [21].

В 2008 году описаны 10 случаев верхнечелюстных синуситов у пациентов с расщелиной твердого неба и верхней губы. Данный патологический процесс был вызван гипоплазией верхнечелюстной пазухи, а также нарушением ее вентиляции. Авторы указывают, что синусит у таких больных явился следствием хирургических вмешательств, направленных на вытяжение верхней челюсти [21].

Нозокомиальный синусит (внутрибольничный). Развивается, как правило, у больных с тяжелой нейрохирургической патологией, находящихся длительное время в отделениях реанимации на ИВЛ [11, 12]. Особенностью этого синусита является не только тяжелое течение с опасными осложнениями, но и полимикробная флора, трудно поддающаяся антибактериальной терапии — синегнойная палочка, кишечная палочка, грибы рода *Candida*, а также трихомонады [10, 24, 26].

Предрасполагающими факторами для развития нозокомиального синусита могут быть длительное присутствие назотрахеальных и назогастральных зондов, тампонов в полости носа, высокие дозы антибиотиков и кортикостероидов. По данным Deutschmann C. S. (1985, 1986) и Hansen M. (1988), назотрахеальная интубация гораздо чаще провоцирует внутрибольничные синуситы, чем оротрахеальная [13, 14, 18].

Как правило, внутрибольничные синуситы возникают на 3–5 день искусственной вентиляции легких. Клиническая картина представляет собой тяжелое течение острого синусита, возможен сепсис [17]. Из диагностических мероприятий таким больным необходимо выпол-

нять в экстренном порядке КТ придаточных пазух, бактериологический анализ отделяемого из носа. Компьютерная томография выявляет экссудативные процессы в пазухах [12].

Нозокомиальные синуситы могут привести к таким осложнениям, как синус-тромбозы, абсцессы головного мозга, а также септический шок [13, 14, 19]. Лечение госпитального синусита предусматривает замену назотрахеальной интубации на трахеостому и дренирование пораженных пазух. Антибактериальная терапия назначается в зависимости от предполагаемого возбудителя. Средствами выбора при лечении внутрибольничных синуситов являются карбапенемы и цефалоспорины 4 поколения в сочетании с метранидазолом [1]. Карбапенемы-тиенам и меропенем обладают широким спектром действия.

Микотические заболевания носа и околоносовых пазух. Достаточно широко освещены в современной литературе. Увеличение частоты микозов пазух связано с подавлением иммунитета, декомпенсированным сахарным диабетом, бессистемным использованием антибактериальных средств.

По данным Московского НИИ уха, горла и носа установлено, что микозы полости носа и околоносовых пазух составляют 14 % от общего числа диагностированных микозов ЛОР-органов [3]. Наиболее часто верхнечелюстные пазухи и клетки решетчатого лабиринта поражаются аспергиллезом, актиномикозом, кандидозом.

Современная классификация грибковых синуситов включает в себя инвазивные и неинвазивные формы [2, 3]. К инвазивным формам синусита относится молниеносная, характеризующаяся ринологическими и офтальмологическими осложнениями [6], а также хроническая вялотекущая. К неинвазивным причисляют аллергический грибковый синусит и мицетому. Наиболее частой локализацией мицетомы является верхнечелюстная пазуха. Известно, что возникновению мицетомы способствуют как риногенный, так и одонтогенный пути попадания гриба в пазуху на фоне нарушенного иммунитета. В настоящее время грибы рода *Aspergillus* являются основными возбудителями мицетомы [3].

В зарубежной литературе описано много случаев аспергиллезных и актиномикозных синуситов, которые встречаются у пациентов с иммунодефицитом [6, 7]. Чаще всего грибковый синусит диагностируется у молодых людей, склонных к аллергическим заболеваниям. Клиника характеризуется упорным рецидивирующим течением синусита, не отвечающим на антибактериальную терапию, болями по ходу лицевого нерва, приступами вазомоторного ринита, а также наличием в анамнезе пломбировки каналов зубов верхней челюсти. Так, французский отоларинголог Bader G., (1989) описывает

аспергиллезную мицетому, возникшую в результате попадания пломбировочного материала в верхнечелюстную пазуху [5]. В литературе представлен также случай пневмоцефалии у мальчика 14 лет, спровоцированной изолированным кандидозным сфеноидитом [23].

Для диагностики грибковых синуситов используется КТ. На компьютерной томограмме выявляются кальцинаты, плотностью 40–60 Ни [2]. Лабораторными признаками микотического синусита являются: повышение уровня иммуноглобулина Е в крови, наличие специфических антител к антигенам грибов, а также присутствие в содержимом пазух эозинофилов, кристаллов Шарко-Лейдена, гифов грибов. При инвазивных формах микозов выполняется иммунограмма крови с целью диагностики и назначения адекватной терапии [28].

Полностью терапия грибкового синусита не разработана. Однако существует определенная схема — эрадикация гриба (эндоскопическое удаление из пазухи патологического содержимого) с дальнейшим применением местных противогрибковых препаратов, десенсибилизирующих средств.

Наилучшим методом лечения микотических синуситов считается метод, включающий хирургические и консервативные манипуляции. Американские ученые предлагают удаление грибкового тела из пазухи эндоскопическим путем с последующей системной иммунокорректирующей и фунгицидной терапией. Эффективны промывания пазух растворами противогрибковых препаратов — амфотерицин В, интраконазол [6, 7].

Лучевые синуситы. Относятся к ятрогенным синуситам. Это заболевание известно с 30-х годов прошлого столетия, когда лучевая терапия нашла широкое применение для лечения злокачественных опухолей верхней челюсти. Клиническая картина острого постлучевого синусита характеризуется болями, связанными с реакцией обожженных тканей, длительными и мучительными невритами. Иногда во время распада опухолевых масс наблюдаются кровотечения. На компьютерных томограммах выявляются полости, заполненные опухолевыми массами и экссудатом. С симптоматической целью таким больным рекомендуется назначение анальгезирующих препаратов, десенсибилизирующих средств (кортикостероиды, антигистаминные средства) и антибиотиков [22].

Эозинофильные синуситы. Представляют собой заболевания, вызванные аллергией на лекарственные препараты, которые применялись длительное время. Описаны случаи эозинофильных синуситов, спровоцированные грибковой инфекцией и приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Эти синуситы нередко сочетаются с эозинофильными экссудативными отитами. Японские ученые представляют историю болезни женщины 60 лет, дли-

тельное время страдавшей оталгией и применявшей аспирин. Отоларингологи диагностировали верхнечелюстной синусит в сочетании со средним экссудативным отитом. При цитологическом исследовании экссудата пазух, а также барабанной полости было обнаружено повышенное количество эозинофилов. Лечение, проводимое кортикостероидами и антигистаминными препаратами (перорально, интратимпанально и интраназально), оказалось эффективным. Изучая отдаленные результаты лечения, авторы пришли к выводу, что эозинофильный отит и синусит у этой пациентки, являлись начальной стадией аутоиммунного васкулита [2, 25, 28].

Таким образом, анализ современной литературы показал, что ятрогенные синуситы являются полиэтиологичным заболеванием, отличающимся коварным течением, трудностью диагностики и длительным лечением.

Представленная информация не может быть исчерпывающей, «истиной в последней инстанции», не все могут согласиться с предложенными терапевтическими подходами. Однако она поможет практическим врачам, занимающимся лечением этой категории больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Зайцев, А. А.* Тенденции антимикробной терапии / А. А. Зайцев, О. И. Карпов // *Российский семейный врач.* — 1998. — № 5. — С. 20–22.
2. Консервативные и хирургические методы в ринологии / под ред. з.д.н. РФ, проф. М. С. Плужникова. — СПб.: Диалог, 2005. — 440 с.
3. *Лопатин, А. С.* Грибковые заболевания полости носа и околоносовых пазух: современное состояние проблемы: матер. конф., посвященной 5-летию Российского общества ринологов / А. С. Лопатин. — М., 1997. — С. 39–47.
4. *Пальчун, В. Т.* Оториноларингология / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков. — Курск: КГМУ, М.: Литера, 1997. — 517 с.
5. *Bader, G.* Aspergillus sinusitis of dental origin / G. Bader // *Rev. Odontostomatol (Paris).* — 1989. — № 18(4). — P. 345–353.
6. A case of isolated aspergillosis of the maxillary sinus / M. K. Bozkurt [et al.] // *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* — 2008. — № 18(1). — P. 53–55.
7. *Burnham, R.* Aspergillosis of the maxillary sinus secondary to a foreign body (amalgam) in the maxillary antrum / R. Burnham, C. Bridle // *Br J. Oral Maxillofac Surg.* — 2009. — № 47(4). — P. 313–315.
8. Prospective observation of 41 perforations of the Schneiderian membrane during sinus floor elevation / S. T. Becker [et al.] // *Clin Oral Implants Res.* — 2008. — № 19(12). — P. 1285–1289.
9. Chronic sinusitis associated with the use of unrecognized bone substitute: a case report / A. Beklen [et al.] // *Quintessence Int.* — 2008. — № 39(5). — P. 401–405.
10. Post-traumatic sinusitis / R. M. Bell // *J. Trauma.* — 1988. — № 28 (7). — P. 923–930.
11. *Caplan, E. S.* Nosocomial sinusitis / E. S. Caplan, N. J. Hoyt // *JAMA.* — 1982. — № 247(5). — P. 639–641.
12. *Caplan, E. S.* Identification and treatment of infections in multiply traumatized patients / E. S. Caplan, N. J. Hoyt // *Am J. Med.* — 1985. — № 15; 79(1A). — P. 68–76.
13. Paranasal sinusitis: a common complication of nasotracheal intubation in neurosurgical patients / C. S. Deutschman [et al.] // *Neurosurgery.* — 1985. — № 17(2). — P. 296–299.
14. *Deutschman, C.S., Wilton, P., Sinow, J., Dibbell, D.Jr., Konstantinides, F.N., Cerra, F.B.* Paranasal sinusitis associated with nasotracheal intubation: a frequently unrecognized and treatable source of sepsis / C. S. Deutschman [et al.] // *Crit Care Med.* — 1986. — № 14(2). — P. 111–114.
15. *Dimitrakopoulos, I.* Foreign body in the maxillary sinus: report of an unusual case / I. Dimitrakopoulos, M. Papadaki // *Quintessence Int.* — 2008. — № 39(8). — P. 698–701.

16. Maxillary sinusitis today: a consequence of dental and nasal disease. A case presenting with a difficult differential diagnosis / G. Felisati [et al.] // *Minerva Stomatol.* — 2008. — № 57(7–8). — P. 377–388, 380–382.
17. Acute paranasal sinusitis related to nasotracheal intubation of head-injured patients / G. A. Grindlinger // *Crit Care Med.* — 1987. — № 15(3). — P. 214–217.
18. Incidence of sinusitis in patients with nasotracheal intubation / M. Hansen // *Br J. Anaesth.* — 1988. — № 61(2). — P. 231–232.
19. *Humphrey, M. A.* Clinical characteristics of nosocomial sinusitis / M. A. Humphrey, G. T. Simpson, G. A. Grindlinger // *Ann Otol Rhinol Laryngol.* — 1987. — № 96(6). — P. 687–690.
20. Maxillary sinusitis resulting from ostium plugging by dislodged bone graft: case report / W. L. Hunter [et al.] // *J. Oral Maxillofac Surg.* — 2009. — № 67(7). — P. 1495–1498.
21. Maxillary distraction complications in cleft patients / Y. Jebblaoui [et al.] // *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* — 2008. — № 109(4). — P. 218–224.
22. Nasal irrigation reduces postirradiation rhinosinusitis in patients with nasopharyngeal carcinoma / K. L. Liang [et al.] // *Am J. Rhinol.* — 2008. — № 22(3). — P. 258–262.
23. Pneumocephalus: a rare presentation of *Candida sphenoid sinusitis* / J. J. Lin [et al.] // *Pediatr Neurol.* — 2009. — № 40(5). — P. 398–400.
24. *Oud, L.* Trichomonal sinusitis in an adolescent patient with multiple trauma / L. Oud, // *South Med J.* — 2009. — № 102(3). — P. 330–332.
25. Case of Churg-Strauss syndrome with refractory otitis media / N. Saka [et al.] // *Auris Nasus Larynx.* — 2009. — № 36(1). — P. 79–81.
26. Nosocomial maxillary sinusitis during mechanical ventilation: a prospective comparison of orotracheal versus the nasotracheal route for intubation / F. Salord [et al.] // *Intensive Care Med.* — 1990. — № 16(6). — P. 390–393.
27. *Sato, K.* Odontogenic maxillary sinusitis caused by a fractured tooth / K. Sato [et al.] // *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* — 2008. — № 111(12). — P. 739–745.
28. Actinomycosis of the paranasal sinus / H. J. Woo [et al.] // *Otolaryngol Head Neck Surg.* — 2008. — № 139(3). — P. 460–462.

Поступила 20.01.2010

УДК 616-056.5:612.123

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИЗЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ (обзор литературы)

В. Я. Латышева, В. А. Дробышевская

Гомельский государственный медицинский университет

Несмотря на значительные успехи в изучении ожирения в последние годы, проблема лечения этого заболевания далека от решения вследствие сопутствующей патологии при осложненном ожирении, а также высокой степени рецидива после проведенной терапии. В этой связи ведется активный поиск новых высокоэффективных и безопасных способов лечения, которые учитывают патогенетические механизмы развития данного заболевания.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, метаболический синдром, диетотерапия, рефлексотерапия, кинезотерапия, физиотерапия, хирургическое лечение.

MODERN METHODS OF TREATMENT PATIENTS WITH NUTRITIVE OBESITY (literature review)

V. J. Latysheva, V. A. Drobyshevskaya

Gomel State Medical University

In spite of great success in learning obesity for the last years, the solvation of this problem is far of its decision because of attendant. Pathology in complicated obesity and high level relapse after carried out therapy. That's why the search of new high-qualified ways of treatment that take into account patogenetic mechanisms of development this disease.

Key words: obesity, excessive body weight, etiology, metabolic syndrome, reflexotherapy, dietotherapy, physiotherapy, kinesitherapy, surgical treatment.

Введение

Одним из важных направлений современной медицины является изучение патогенеза нарушенного липидного обмена и разработка методов снижения и стабилизации массы тела, устранение сопутствующих факторов риска, адекватный контроль ассоциированных нарушений, положительные изменения качества и продолжительности жизни пациентов.

Общепринятой стратегией лечения алиментарного ожирения является применение комплексной программы немедикаментозной терапии, часто в сочетании с методами медикаментозного и хирургического лечения [1, 2, 3].

Материалы и методы

В работе представлен анализ современных литературных данных о новых методах и программах лечения ожирения. Материалом исследования послужили русскоязычные и иностранные статьи, посвященные проблеме коррекции нарушенного липидного обмена.

Результаты и обсуждение

Клинически значимым и приносящим данным пациентам реальную пользу для здоровья является снижение массы тела на 5–10 % от исходной величины в течение 4–6 мес, что сопровождается значительным улучшением в течение сопутствующих заболеваний [4, 24]. Ре-