

УДК 616.216.1-002.3-08:57.089.27]:616.323-007.61-089.87-053.2

ПЕРФУЗИЯ ПОЛОСТИ НОСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АДЕНТОМИЮ

Ситников В. П., Бизунков А. Б., Воронович В. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Учреждение образования

«Витебский государственный медицинский университет»

Учреждение образования

«Витебский государственный медицинский колледж»

г. Витебск, Республика Беларусь

Введение

У детей дошкольного и младшего школьного возраста среди заболеваний глотки наиболее часто встречается гипертрофия и воспаление глоточной миндалины, что составляет около 62 % в структуре ЛОР-патологии и 28,9 % заболеваний дыхательных путей [3].

Аденотомия является наиболее распространенным хирургическим вмешательством в детской оториноларингологической практике, однако, несмотря на то, что она применяется уже почти два столетия, показания к операции остаются достаточно противоречивыми. В последние годы установлено, что глоточная миндалина играет роль регионального центра по обеспечению иммунного ответа на слизистых оболочках полости носа и околоносовых пазух, являясь местом дифференцировки лимфоцитов, которые затем заселяют указанные структуры [5]. После выполнения хирургических вмешательств на лимфоэпителиальных органах глотки эффективность функционирования этого механизма значительно понижается, что ослабляет защитные свойства слизистой оболочки и оказывает отрицательное влияние на течение острых респираторных вирусных инфекций, способствует развитию гнойного воспалительного процесса в околоносовых пазухах, преимущественно в верхнечелюстных и клетках решетчатого лабиринта, обуславливает упорное течение воспалительного процесса и снижает эффективность лечения (E. Johansson, E. Hultcrantz, 2003).

Цель работы

Изучить возможности использования перистальтической перфузии полости носа для лечения острого гнойного гайморита у детей, перенесших аденомию в прошлом.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 67 детей обоего пола в возрасте от 6 до 14 лет, проходивших лечение по поводу острого гнойного гайморита, которым в прошлом (от 2-х до 6 лет назад) была выполнена аденомия. Обследуемые пациенты были распределены на 2 группы. Основную группу составили 46 человек, у которых вместо классической пункции гайморовых пазух была использована эндоназальная перистальтическая перфузия полости носа и околоносовых пазух специальной смесью, состоящей из адсорбента и раствора, насыщенного активным кислородом. Контрольная группа состояла из 27 больных, которые лечились традиционным способом. Для осуществления назальной ирригации нами в сотрудничестве с ПО «ВИТЯЗЬ» разработана и апробирована в клинической практике в Республике Беларусь и Российской Федерации модель перистальтического насоса АПП-01. Обследуемые группы имели сходный возрастной и половой состав. Средний возраст детей 1-й группы составил $9,36 \pm 2,09$ лет, 2-й группы — $8,64 \pm 1,79$ лет.

Пациенты обеих групп получали традиционную медикаментозную терапию: антибиотики в соответствии с чувствительностью выделенной патогенной флоры, антигис-

таминные препараты в возрастной дозировке, интраназальные деконгестанты, физиотерапевтическое лечение.

Выраженность основных клинических симптомов гайморита, оцениваемых по балльной шкале, отмечалась перед началом лечения, затем на 2-е, 5-е и 7-е сутки от начала лечения. Кроме того, оценивалась длительность гнойных выделений из полости носа в процессе лечения. Полученные результаты обрабатывались статистически при помощи программы Microsoft Office Excel 2007. В условиях параметрического распределения данных использовали критерий t при уровне доверительной вероятности $\alpha > 0,95$.

Результаты

Длительность лечения, определяемая как время, прошедшее от его начала до исчезновения гнойных выделений из полости носа у пациентов 1-й группы составило — $7,9 \pm 1,2$ дня, у пациентов контрольной группы — $7,1 \pm 1,4$ дней. Статистически достоверных различий по длительности лечения между обеими группами получено не было ($p > 0,05$). Выраженность остальных симптомов заболевания (затруднение носового дыхания, головная боль, пониженная работоспособность) в обеих группах также была одинакова ($p > 0,05$). Полученные данные показали, что использование перистальтической перфузии полости носа и околоносовых пазух вместо пункций гайморовых пазух при одинаковой сопутствующей консервативной терапии не приводит к увеличению срока лечения больных.

Обсуждение

Угнетение мукоцилиарного транспорта (МЦТ) слизистой оболочки полости носа, выявляемое у детей, перенесших аденотомию, является одним из факторов, обуславливающих не только повышенный риск развития синусита после острой респираторной вирусной инфекции, но и более длительное и тяжелое течение воспалительного процесса в околоносовых пазухах. Считается доказанным, что снижение продукции или активизация распада секреторного иммуноглобулина А является главной причиной и возникновения, и затяжного течения синусита [1]. После выполнения аденотомии количество активных В-клеток, созревающих в глоточной миндалине и колонизирующих впоследствии слизистую оболочку полости носа, значительно уменьшается, соответственно, уменьшается продукция sIgA [5]. Кроме того, стабильное угнетение секреции sIgA приводит к нарушениям МЦТ за счет сбоя циркадных ритмов мукоцилиарной активности в полости носа, что вызывает истощение цилиарных клеток (D. Passali et al., 1990). В результате, после аденотомии детей с развившимся гнойным гайморитом для достижения удовлетворительного терапевтического эффекта возникает необходимость чаще использовать пункцию гайморовой пазухи. Общеизвестно, что любые манипуляции (в том числе и ЯМИК-процедура) или операции, выполняемые под местной анестезией, формируют у ребенка выраженный стресс, который сам по себе может быть фактором, существенно замедляющим процесс выздоровления.

Одним из механизмов терапевтического действия перистальтической перфузии полости носа является размягчение корок, разжижение и эвакуация носового секрета, обуславливающих обтурацию анатомически узких мест носовой полости, поскольку гиперсекреция слизи у больных риносинуитом является одним из наиболее существенных факторов, угнетающих функциональную активность слизистой оболочки полости носа [4]. В условиях комплексного лечения больных риносинуитом назальная ирригация обеспечивает подготовку слизистой оболочки полости носа к восприятию локально применяемых лекарственных средств: антибиотиков, антигистаминных препаратов, назальных деконгестантов, топических стероидов. Этим обеспечивается улучшение контакта фармпрепаратов со слизистой оболочкой, что также способствует повышению эффективности лечения.

Кроме того, слизистая оболочка полости носа является мощной рефлексогенной зоной, с поверхности которой инициируется ряд рефлексов на внутренние органы.

Важным элементом терапевтического действия назальной ирригации является механическое раздражение афферентов тройничного нерва, обеспечивающего иннервацию полости носа и околоносовых пазух, что вызывает сосудистый спазм, уменьшается отек слизистой оболочки и улучшается естественный дренаж околоносовых пазух. Это приводит к уменьшению длительности контакта патогенных частиц с поверхностью слизистой оболочки полости носа и ограничению воспаления.

Чем более выражена воспалительная реакция в слизистой оболочке носовой полости, тем больше на ее поверхности концентрация различных медиаторов воспаления. Удаление медиаторов воспаления с поверхности слизистой оболочки полости носа также рассматривается в качестве одного из основных механизмов терапевтического действия перфузии полости носа. Повышенный уровень содержания различных биологически активных молекул (лейкотриенов, простагландинов и пр.), отмечаемый в промывных водах полости носа у больных острым и хроническим риносинуситом, коррелирует с уменьшением содержания воспалительных медиаторов в слизистой оболочке полости носа [4].

Поскольку перенесенная в анамнезе аденопатия негативно сказывается на течении острого гнойного синусита, это должно учитываться при выборе лечебной тактики. По мнению Л. Г. Петровой и И. В. Сидоренко (2003), в детской оториноларингологии следует отдавать предпочтение консервативному лечению синуситов, которое должно включать: широкий спектр антибактериальной терапии, действующей и на атипичную флору (хламидии, микоплазмы); терапию, направленную на улучшение состояния местного иммунитета; препараты, уменьшающие вязкость секрета и улучшающие МЦТ [2]. Указанный вывод представляется особенно актуальным для детей, перенесших аденопатию. Необходимо назначение системных антибиотиков в строгом соответствии с чувствительностью возбудителя, санация очагов инфекции, целесообразен более длительный восстановительный период после болезни с ограничением стрессорных и физических нагрузок.

Следует также подчеркнуть, что подходы к лечению острого синусита у детей, основанные на принципах, применяемых при лечении аналогичных заболеваний у взрослых нецелесообразны. В первую очередь, это связано со спецификой факторов, способствующих возникновению синусита в разных возрастных группах пациентов: если у взрослых в развитии заболевания преимущественное значение имеют нарушения архитектоники laterальной стенки носа (остиомеатальный комплекс), носовой перегородки или их сочетание, то у детей преобладающую роль играют нарушения местного и системного иммунитета, наличие стойких очагов инфекции (аденоидит, хронический тонзиллит).

Заключение

На основании полученных данных можно полагать, что отказ от пункции гайморовых пазух с использованием вместо нее перистальтической перфузии полости носа у детей, перенесших аденопатию и страдающих острым гнойным гайморитом, не приводит к удлинению сроков лечения. При этом значительно снижается стрессорная нагрузка на ребенка, обусловленная инвазивным лечебным процессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Носуля, Е. В. Острый риносинусит в амбулаторной практике / Е. В. Носуля, И. А. Ким // Consilium-medicum. — 2005. — Т. 7, № 4. — С. 38–42.
2. Петрова, Л. Г. Факторы, влияющие на развитие хронических синуситов у детей / Л. Г. Петрова, И. В. Сидоренко // Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха: матер. Рос. науч.-практ. конф., Москва, РАГС, 19–20 нояб. 2002 г. — М., 2002. — С. 124–125.
3. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей / Ю. В. Пронина [и др.] // Росс. ринология. — 2003. — № 3. — С. 56.
4. A reappraisal of nasal saline solution use in chronic sinusitis / H. Kurtaran [et al.] // Chest. — 2003. — Vol. 124. — P. 2036–2037.
5. Brandtzaeg, P. Immunology of tonsils and adenoids: everything the ENT surgeon need to know / P. Brandtzaeg // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. — 2003. — Vol. 67, № 1. — P. 69–76.