Классификация синуситов. Тактика консервативного и хирургического лечения.

НГМУ, Кафедра оториноларингологии

Риносинсуит – воспаление слизистой оболочки носа и придаточных пазух.

Является следствием нарушения аэрации придаточных пазух носа, застоем и инфицированием в них секрета.

Влияние риносинуситов на качество жизни

- Риносинуситы снижают качество жизни пациентов
- Пациенты с риносинуситом имеют худшие показатели болевой чувствительности и социальной активности, чем пациенты с коронарной недостаточностью и ХОБЛ

Gliklich R.E., Metson R. The health impact of chronic sinusitis in patients seeking otolaryngologic care (comments) // Otolaryngol Head Neck Surg. – 1995. - Vol.113. – P.104-109.

Эпидемиология

А. По данным компьютерной томографии придаточных пазух носа у больных с симптомами простуды продолжительностью более 48 ч, в 87% случаев подтверждается наличие синусита (однако у 98% больных на этом этапе отсутствует бактериальная инфекция придаточных пазух).

Б. В 0,5-2,0% случав простудные заболевания осложняются развитием собственно острого бактериального синусита.

В. До 30 млн. жителей США ежегодно переносят острый бактериальный синусит.

Г. Острый бактериальный синусит – пятое по частоте назначения показание для антибактериальной терапии.

Gwaltney J.M., Phillips C.D., Miller R.D. et al. 1994.
Bartlett J.G. 2001.
Brook I., Gooch W.M., Reiner S.A. et al. 2000.

Классификация синуситов по Б.С. Преображенскому (1956г)

1. Гнойные
2. Полипозные
3. Пристеночно-гиперпластические
4. Катаральные
5. Серозные
6. Холестеатомные
7. Атрофические
8. Смешанные

Классификация
(Лопатин А.С.,2002г.)

Острый риносинусит

Вирусный Бактериальный Грибковый

Негоспитальный

Госпитальный (назокомиальные)

Одонтогенный

На фоне иммунодефицита

Острый вирусный риносинусит

- Вирусная инфекция – 80%
- На рентгенограммах ппн в 90% случаев находят отек слизистой и застой секрета.
- Высокая тенденция к саморазрешению в течение 2-3 недель.
- В 2% случаев прокладывает дорогу бактериальному синуситу.

Бактериальный синусит

Основные возбудители

- Streptococcus Pneumoniae - 40%
- Haemophilus influenzae – 35%
- Moraxella catarrhalis – 13%

реже

- Streptococcus pyogenes – 7%
- Staphylococcus aureus, анаэробы – 5%

Причины закупорки устьев носовых пазух

Факторы, вызывающие отечность слизистой оболочки

- **Системные**

- Вирусные инфекции верхних дыхательных путей

- Аллергическое воспаление

- Муковисцидоз

- Заболевания иммунной системы

- Нарушение подвижности ресничек

- **Местные**

- Медикаментозный ринит

- Травма

- Плавание/ныряние

Факторы, вызывающие механическую закупорку

- **Concha bullosa**
- **Вывернутая средняя носовая раковина**
- **Клетка Халлера (Haller)**
- **Искривление носовой перегородки**

Диагностика:

- Жалобы
- Анамнез
- Данные объективного осмотра
- Дополнительные методы исследования: R-графия ппн, КТ ппн.

Жалобы:

- Головная боль
- Боль в проекции пораженных пазух
- Повышение температуры тела
- Затруднение носового дыхания
- Выделения из носа
- Снижение или отсутствие обоняния
- Слезотечение

Объективные симптомы:

- Гиперемия и отечность слизистой оболочки носа (одно-двусторонняя)
- Синдром постназальной ринореи
- Симптом Заболоцкого – Десятковского - Френкеля

- В 40 - 45% случаев синуситы могут разрешаться самостоятельно
- P.v.Cauwenberge
- 2000 г.

ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

1. Активная местная противовоспалительная и антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры
2. Решение о лечебной тактике принимается на основании данных анамнеза, риноскопической картины, Rg и КТ пазух. Хирургическое лечение показано после 3-5 суток безуспешного консервативного лечения, сочетающегося с блоком соустья.
3. Лечение ПРС следует начинать с назначения топических ГКС. В случае их недостаточной эффективности можно рассматривать вопрос о системной терапии или хирургическом вмешательстве.

ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ продолжение

4. Проводится тщательный анализ риноскопической картины с последующей реконструкцией эндоназальных структур, направленной на создание равного просвета с обеих сторон

5. После оценки состояния всех ППН выполняются эндоназальные операции с созданием соустий, достаточных для адекватной аэрации

6. Терапия с использованием антибиотиков проводится, если воспалительный процесс в ППН протекает с интоксикацией, внутричерепными и орбитальными осложнениями

Три стадии развития полипозного процесса

- 1 стадия – полипозные разрастания в пределах пазухи
  2 стадия – полипозные разрастания выходят за пределы пазух через соустья и видны в среднем или верхнем носовых ходах
  3 стадия – полипы обтурируют общий носовой ход

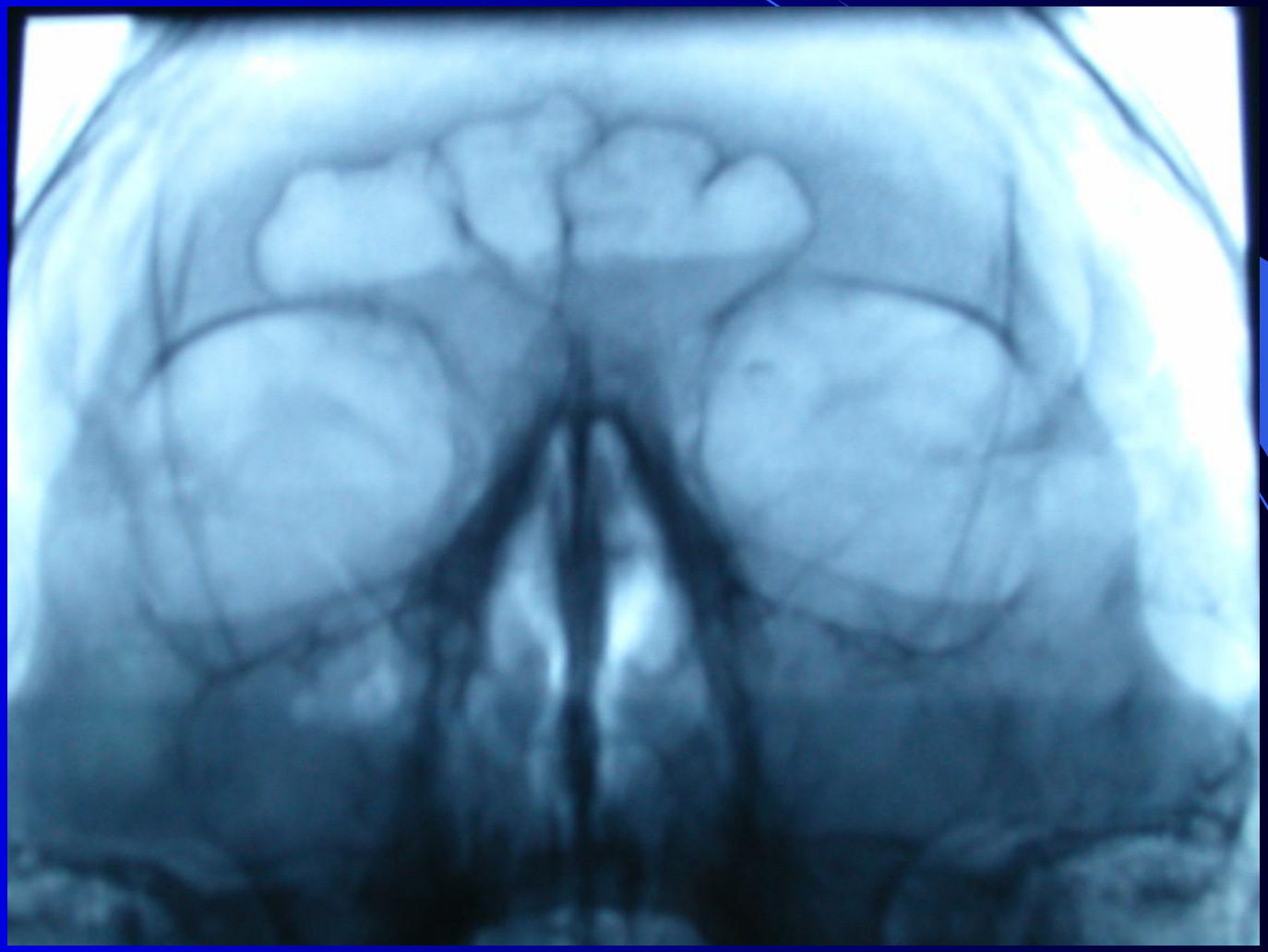
Лечебная тактика при полипозном риносинусите

- 1-2 стадия – топические кортикостероиды+эндоназальная хирургия
  3 стадия – системная пред- и послеоперационная терапия кортикостероидами по 30 мг преднизолона в 2 приема в течение 3 дней+хирургическое лечение.После операции – топические кортикостероиды курсами по 1,5 месяца 3-4 раза в год

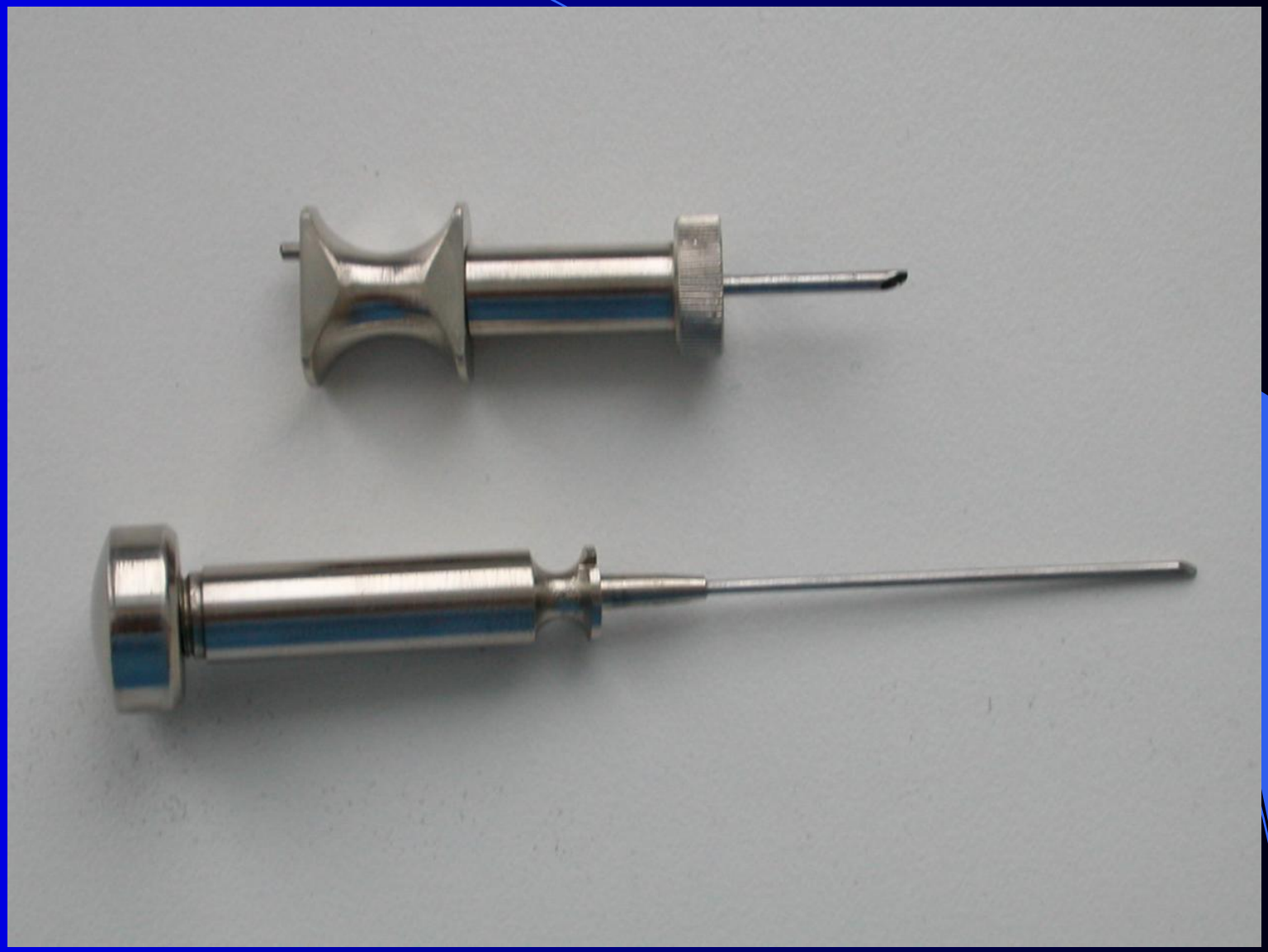
Местное лечение экссудативных форм синуситов:

1. Деконгестанты (спреи)
2. Метод перемещения – Displacement irrigation- A.Proetz (1926)
3. ЯМИК-катетер
4. Пункция-K.Schmidt (1888), M.Hajek (1898)
5. Трепанопункция
6. Дренирование пазухи (6-8 дней)
7. Зондирование
8. Физиолечение (УВЧ, СВЧ, He-Ne лазер, гипербарическая оксигенация)

Рентгенологическая картина при остром гнойном полисинусите



Игла Кассирского



Пункция лобной пазухи по Устьянову при гнойном фронтите (техника выполнения)

Пункция лобной пазухи по Устьянову (игла в пазухе)

Промывание лобной пазухи через иглу Кассирского

Установка дренажа в пазуху

Общие принципы лечения синуситов:

- Антибиотики
- Местные и системные деконгестанты
- Антигистаминные
- Мукоактивные препараты
- Топические антимикробные средства
- Лизаты бактерий
- Фитопрепараты
- Топические кортикостероиды

Деконгестанты:

- Сосудосуживающие капли (побочное действие: с-м рикошета, 5-7 дней, передозировка)
- Спреи – дозированы, удобны в применении
- Пероральные (бессонница, повышение АД, тахикардия, считаются допингом у спортсменов, старше 12 лет)

Антигистаминные:

- 2-е поколение нельзя сочетать с макролидами и противогрибковыми препаратами (усиливают кардиотоксическое свойство)
- Кларитин, Кларготил
- Предпочтительней Телфаст, Эриус

Мукоактивные:

- Эреспал
- Синупрет
- Ринофлуимуцил
- АЦЦ

- Ускоряют транспорт слизи
- Уменьшают внутриклеточное образование слизи
- Уменьшают вязкость слизи

Топические антимикробные средства:

- **Биопарокс (эффективен, когда хорошо проходимы соустья ппн)**
- **Колларгол**
- **Полидекса с фенилэфрином**
- **Изофра**

Лизаты бактерий:

- Бронхомунал
  - ИРС – 19
  - Иммудон

- вакцины для интраназального, перорального применения, обладают профилактическим действием, способствуют быстрой выработке местного иммунитета

Фитопрепараты:

- **Синупрет** –

обладает противовоспалительным и муколитическим действием

Антибиотики:

- Полусинтетические пенициллины (амоксиклав), чувствит. микрофл. – 93%
- Цефалоспорины 2 и 3 поколений (цефиксим - супракс, цефаклор, цедекс, клафоран), чувств. микрофл. – 87%
- Фторхинолоны (таваник, цифран- 95%) – у взрослых,нельзя у детей
- Макролиды (макропен, ровамицин, рулид, сумамед, зитролид - 70%) – у детей

Антибиотики

- При легком и среднетяжелом течении терапию следует проводить пероральными препаратами.
- При тяжелом течении лечение необходимо начинать с парентерального введения, по мере улучшения состояния, на 3-4 день, переходить на пероральный прием (ступенчатая терапия).
- Курс лечения при остром синуите – в среднем проводится 7-10 дней.

Ошибки при антибиотикотерапии:

- Неправильный выбор антибиотика
- Неверный путь введения препарата
- Неправильный выбор дозы, несоблюдение кратности приема, связь с приемом пищи
- внутримышечное введение препарата в амбулаторных условиях

Ошибки при антибиотикотерапии:

1. **Неправильный выбор препарата – не следует назначать -**

- **Линкомицин** (не действует на H. influenzae)
- **Оксациллин** (не действует на H. influenzae)
- **Гентамицин** (не действует на H. influenzae, St. Pneumoniae)
- **Ко-тримоксазол** (высокая резистентность к нему H. Influenzae и St.Pneumoniae, высокий риск развития тяжелых токсико-аллергических реакций – синдромы Стивенса-Джонсона, Лайелла).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУСИТОВ

Острый синусит

↓

Негнойные поражения орбиты

(Отек век глаза, отек орбитальной клетчатки, периостит орбиты)

↓

Консервативная терапия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУСИТОВ

Хронический синусит

↓

Негнойные поражения орбиты

(Отек век глаза, отек орбитальной клетчатки, периостит орбиты)

↓

Хирургическое лечение

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУСИТОВ

Острый и хронический синусит

↓

Гнойные поражения орбиты

(абсцессы век, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс, септический тромбоз вен орбиты, флегмона орбиты)

↓

Хирургическое вмешательство совместно с офтальмологом

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУСИТОВ

Острый и хронический синусит

↓

Экстрадуральный абсцесс передней черепной ямки, гнойный менингит, арахноидит, абсцесс мозга, тромбоз кавернозного и верхнего продольного синуса

↓

Срочное хирургическое вмешательство

Благодарю за внимание