

Классификация синуситов. Тактика консервативного и хирургического лечения.

НГМУ, Кафедра оториноларингологии

Риносинусит – 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

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% случаев 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.

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: Р-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

● Р.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 соустьев, 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

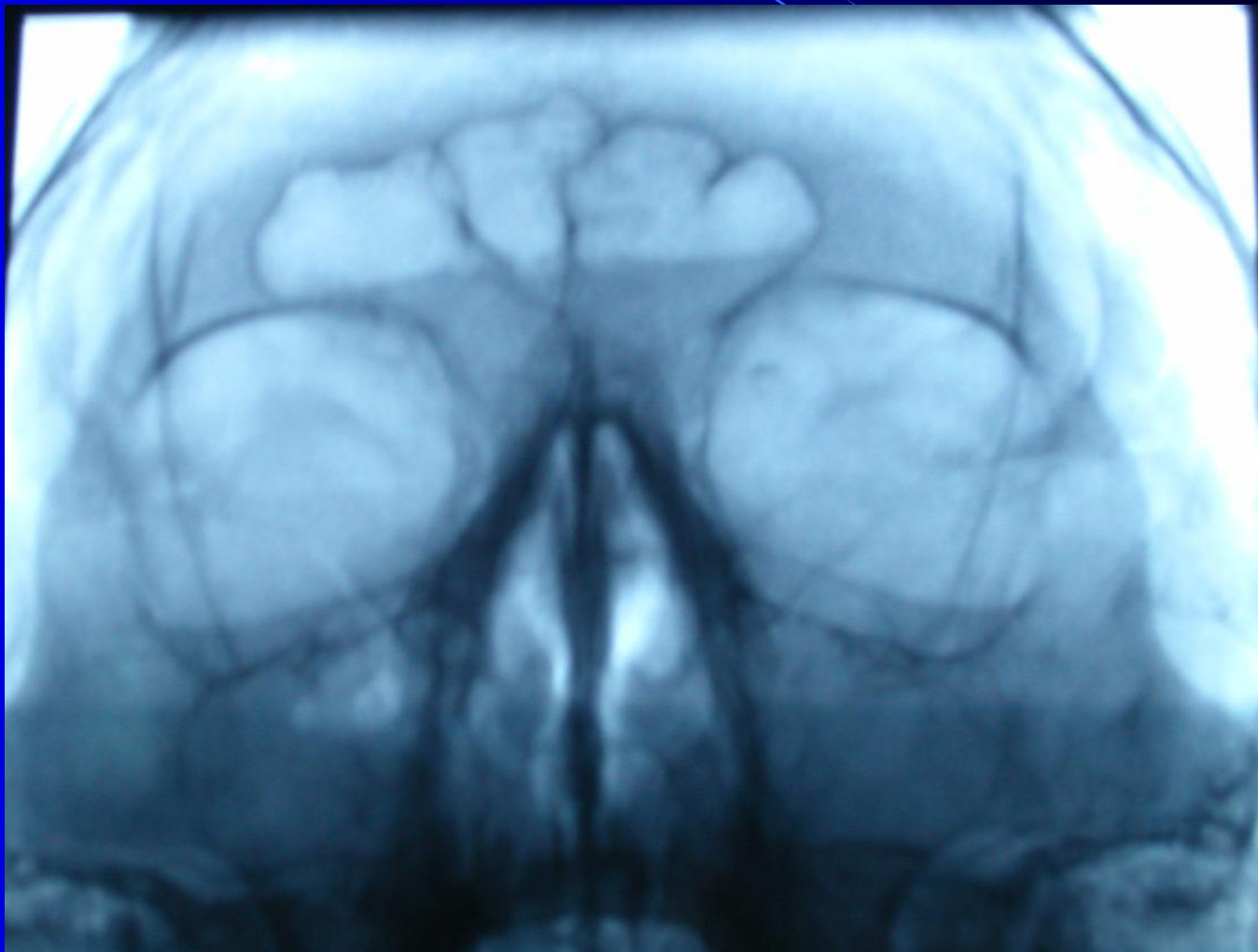
Лечебная тактика при полипозном риносинусите

- 1-2 стадия – топические кортикостероиды+эндонозальная 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-К.Schmidt (1888), М.Најек (1898)
5. Трепанопункция
6. Дренирование пазухи (6-8 дней)
7. Зондирование
8. Физиолечение (УВЧ, СВЧ, He-Ne лазер, гипербарическая оксигенация)

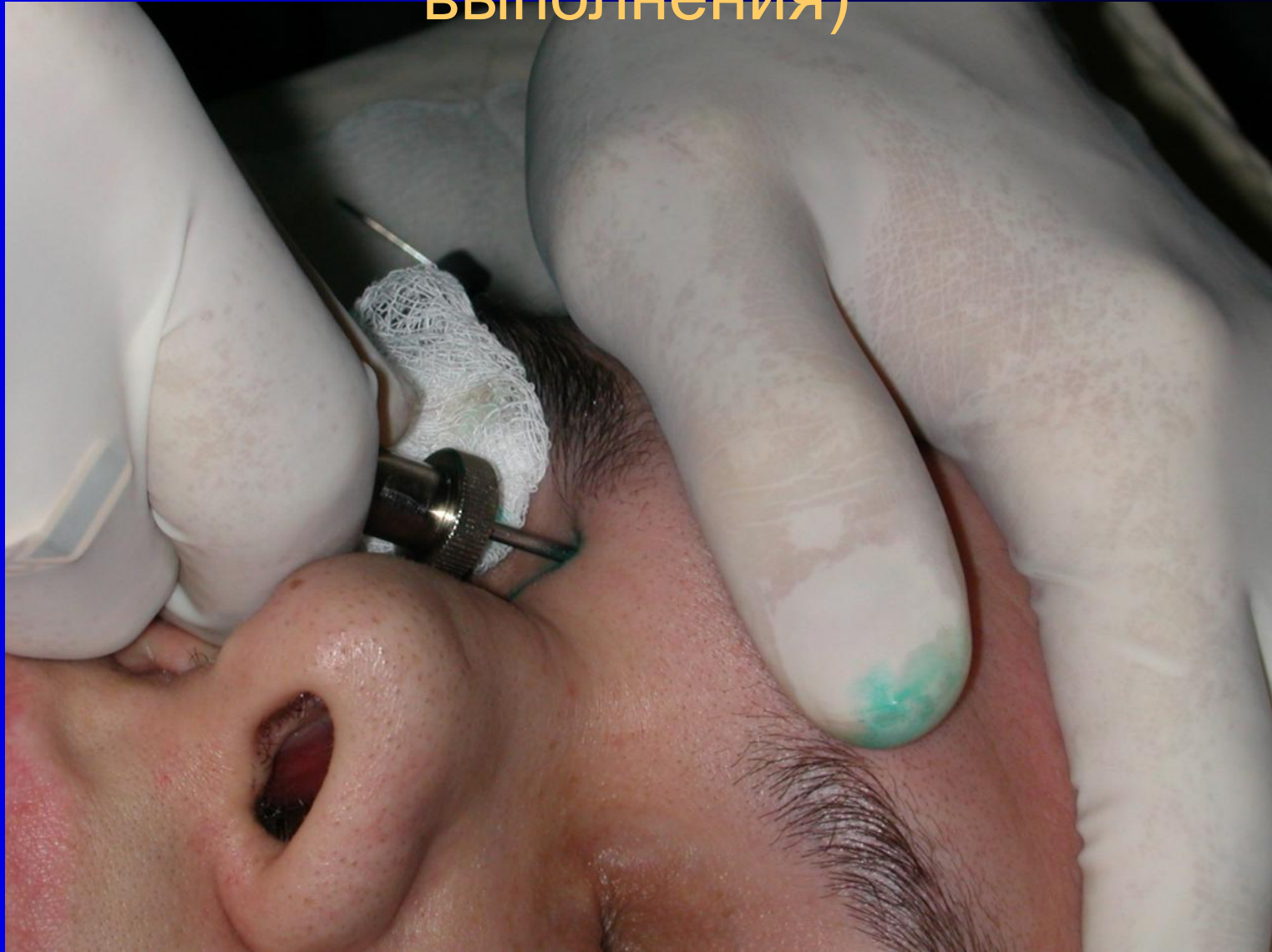
Рентгенологическая картина при остром гнойном полисинусите



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 хорошоходимы 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 синусите – 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

