

Значение Показателей Нитроксидаергической Системы В Совершенствовании Лечения Острых И Хронических Гнойных Синуситов

Лутфуллаев Гайрат Умуллаевич¹, Файзуллаев Дилшод Шодиевич²

Аннотация: В данной статье представлены современные методы лечения острых и хронических гнойных синуситов, а также особое значение нитроксидаергической системы в их совершенствовании и важнейшее место в мировой системе здравоохранения.

Ключевые Слова: острый синусит, хронический синусит, полости носовых пазух, этмоидит, фронтит, гемисинусит, полисинусит.

Синусит - воспаление слизистой оболочки любой из околоносовых пазух носа. **Острый синусит** может возникнуть при травме области носа и околоносовых пазух, инородном теле в полости носа, после хирургических вмешательств. К ухудшению состояния при данном заболевании приводит искривление перегородки носа, грибковая инфекция, аллергический процесс, нарушение иммунитета и т. д.

Существует острая и хроническая форма синусита. Острый синусит протекает не более 2-ух месяцев. Хроническая форма характеризуется более длительным течением воспалительного процесса в носовых пазухах, либо частыми возобновлениями синусита.

Острая форма синусита проявляется следующими симптомами:

- длительность заболевания менее 2-ух месяцев,
- выраженная клиническая картина и частые жалобы,
- боли в носовых пазухах,
- сильная заложенность носа,
- плохое самочувствие.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО СИНУСИТА Острый синусит относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека, и эта проблема с каждым годом становится все актуальнее. В странах Европы риносинуситы ежегодно возникают у каждого седьмого человека (ERFOS, 2012). В США регистрируется 31 млн. случаев риносинусита в год (IDSA, 2012), а в России – свыше 10 млн. случаев в год. Острый синусит может иметь инфекционную этиологию: вирусную, бактериальную или грибковую, а также вызываться факторами, такими как: аллергены, раздражители окружающей среды. Острый риносинусит в 2–10% случаев имеет бактериальную этиологию, а в 90–98% случаев вызывается вирусами. Вторичная бактериальная инфекция околоносовых пазух после перенесенной вирусной ИВДП развивается у 0,5–2% взрослых и у 5% детей. Среди бактериальных возбудителей острого синусита наиболее значимыми в настоящее время являются так называемые «респираторные патогены» – *Streptococcus pneumoniae* (19-47%), *Haemophilus influenzae* (26-47%), ассоциация этих возбудителей (около 7%), реже - β-гемолитические стрептококки не группы А (1,5-13%), *S. pyogenes* 5 (5-9%), не β-гемолитические стрептококки (5%), *S. aureus* (2%), *M. catarrhalis* (1%), *N. parainfluenzae* (1%), грамотрицательные патогены – редко. Нельзя забывать о факультативно-анаэробной микрофлоре (*Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, а также *Prevotella* и *Porphyromonas*), участвующей в поддержании активного воспаления в пазухе и способствующей развитию

¹ Доктор медицинских наук, доцент заведующий кафедрой Оториноларингологии ФПДО Самаркандский Государственный медицинский университет

² Ассистент кафедры оториноларингологии Самаркандский Государственный медицинский университет



хронического воспаления. В последнее время отмечается увеличение доли (около 10%) атипичных возбудителей (хламидий, микоплазм) в развитии острого синусита, как у взрослых, так и у детей. Диагностика указанных патогенов должна включать в себя методики, доказывающие их количественное присутствие и активность (ИФА, ПЦР в реальном времени). Также возрастает роль стафилококков (в частности, *S. aureus*) в структуре микробного пейзажа пораженных синусов. Причем на фоне аллергического воспалительного процесса стафилококк приобретает свойства длительно персистирующего микроорганизма, способного прочно фиксироваться на слизистой оболочке и длительно выживать. Вследствие воспаления слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, происходит резкое ее утолщение, быстро развивается obturация естественных соустьев, нарушаются дренажная функция выводных отверстий, вентиляция пазух и функция мукоциллиарной транспортной системы. Кровеносные сосуды расширяются, повышается проницаемость капилляров и развивается отек слизистой оболочки. В связи с нарушением аэрации и газообмена в пазухах появляется экссудат.

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ СИНУСИТОВ Диагноз острого синусита устанавливают на основании: 1. анамнестических данных; 2. клинических проявлений; 3. результатов лабораторных и инструментальных методов. К риноскопическим признакам синуситов относятся: отделяемое в носовых ходах, гиперемия, отечность и гиперплазия слизистой оболочки. При рутинном осмотре полости носа патологическое отделяемое в среднем носовом ходе (передняя риноскопия), как правило, свидетельствует о возможном поражении лобной и верхнечелюстной пазух, а также передних и средних клеток решетчатого лабиринта, в верхнем носовом ходе (задняя риноскопия) – о возможном поражении задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи. 11 Однако отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает заболевания пазух. В частности, отделяемого может и не быть (при блокировке соустьев и большой вязкости отделяемого). В последнее время в практику оториноларинголога широко внедрено эндоскопическое исследование полости носа и околоносовых пазух. Современные типы эндоскопов, как жестких, так и гибких, позволяют осуществить более детальный осмотр полости носа, соустьев околоносовых пазух и носоглотки. В особенности эндоскопия полости носа и носоглотки незаменима в детском возрасте, так как позволяет безболезненно и атравматично провести обследование. Рентгенологические методы исследования околоносовых пазух (ОНП) являются самыми распространенными в диагностике синуситов и позволяют судить о наличии или отсутствии пазух, их форме, размерах, а также локализации патологического процесса. Рентгенологическим признаком синуситов является снижение пневматизации околоносовых пазух, от пристеночного отека слизистой оболочки до тотального понижения прозрачности. Для уточнения распространенности поражения околоносовых пазух целесообразно проводить исследования в нескольких проекциях. Наиболее распространены проекции: прямая (лобно-носовая, носо-подбородочная) и боковая. Однако, согласно рекомендациям EPOS-2012 при остром неосложненном риносинусите в условиях первичного звена медицинской помощи рентгенологическое исследование не показано. Компьютерную томографию (КТ) ОНП широко рекомендуют зарубежные стандарты диагностики синуситов, в частности EPOS. Следует отметить, что используется дифференцированный подход к назначению этого исследования с учетом тяжести заболевания и условий оказания врачебной помощи. Так, в редакции EPOS-2012 проведение компьютерной томографии в первичном звене не рекомендуется, а в условиях специализированной помощи (оториноларингологами) – проводится при выраженной симптоматике и отсутствии улучшения через 48 часов. Чаще всего, данные методы используются при затянувшихся или хронических синуситах. 12 КТ ОНП обычно проводится в коронарной и аксиальной, а при необходимости сагитальной проекциях, что дает пространственное отображение внутриносовых структур и околоносовых пазух и позволяет судить о характере анатомических нарушений. Диагностическая ценность импульсивного ультразвука невелика и он может быть использован лишь в ургентной практике, при отсутствии других диагностических возможностей. Пункция околоносовых пазух, как с диагностической, так и с лечебной целью нашла широкое применение в практике российских оториноларингологов. За рубежом в последнее время пункции применяются редко, в диагностике предпочтение отдается визуализационным



методам. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ Медикаментозное лечение острых синуситов должно включать:

- системную антибиотикотерапию
 - местную антибиотикотерапию
 - элиминационно - ирригационную терапию
 - разгрузочную терапию
 - муколитическую терапию
 - антигистаминные препараты
- Системная антибактериальная терапия острого синусита. Назначение системных антибиотиков при остром синусите имеет следующие показания: 1. Симптомы инфекции верхних дыхательных путей не купируются или отсутствует положительная динамика в течение 10 дней, Или большинство симптомов, присутствовавших на момент начала заболевания (ринорея, назальная обструкция, ночной кашель, лихорадка) сохраняются более 10 дней; 2. Выраженные симптомы на момент начала заболевания – высокая лихорадка, наличие гнойного отделяемого из носа, болезненность в области придаточных пазух носа, которые сохраняются в течение 3-4 дней, что повышает риск развития риногенных внутричерепных осложнений; 3. Симптомы вирусной инфекции верхних дыхательных путей полностью или частично купировались в течение 3-4 дней, однако вновь отмечается рецидив с возобновлением всех симптомов. Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита (уровень доказательности Ia, шкала убедительности A), исходя из предполагаемого ведущего бактериального возбудителя или их комбинации. При легкой форме антибиотики рекомендуются только в случаях рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматике $\geq 5-7$ дней. А также антибактериальная терапия проводится больным с тяжелой сопутствующей соматической патологией. Типы синуситов .Существует следующая классификация типов синуситов:
- катаральный,
 - гнойный,
 - смешанный.

Первый этап развития синусита – это катаральный тип. Он протекает с обильными выделениями и отёком носовых пазух. Данные симптомы хорошо снимаются правильно назначенным лечением и в достаточно быстрые сроки.

Гнойный синусит характеризуется появлением бактерий и других патогенных микроорганизмов в придаточных пазухах носа. В период обострения данного типа синусита возможно резкое повышение температуры. В запущенных случаях начинают воспаляться и кости.

Смешанный синусит сопровождается, как слизистыми, так и гнойными выделениями. Формы синусита В зависимости от места размещения воспаления в медицине различают следующие формы синусита:

фронтит – воспаление коснулось лобных пазух носа,

пазухах, этмоидит – воспаляются решётчатые носовые полости, сфеноидит – воспаление затрагивает клиновидные полости.

Рекомендации.

1. Dvorkin L, Song KY. Herbs for benign prostatic hyperplasia. Ann Pharmacother. 2002; 36(9):1443-1452.
2. Kern RC, Conley DB, Walsh W, et al. Perspectives on the etiology of chronic rhinosinusitis: an immune barrier hypothesis. Am J Rhinol. 2008;22(6):549-559.



3. Walsh NP, Gleeson M, Shephard RJ, et al. Position statement. Part one: Immune function and exercise. *Exerc Immunol Rev.* 2011;17:6-63.
4. Woods JA, Vieira VJ, Keylock KT. Exercise, inflammation, and innate immunity. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2009;29(2):381-393.
5. Nachman KE, Parker JD. Exposures to fine particulate air pollution and respiratory outcomes in adults using two national datasets: a cross-sectional study. *Environ Health.* 2012;11:25.
6. Reh DD, Higgins TS, Smith TL. Impact of tobacco smoke on chronic rhinosinusitis: a review of the literature. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2012;2(5):362-369.
7. Goldstein-Daruech N, Cope EK, Zhao KQ, et al. Tobacco smoke mediated induction of sinonasal microbial biofilms. *PLoS One.* 2011;6(1):e15
8. 1А. Г. Гулюк, д. мед. н., 2С. Д. Варжапетян, к. мед. н., 1А. Э. Ташчян 1Одесский национальный медицинский университет 2 Государственное заведение «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины»
9. A. G. Gulyuk, S. D. Varzhapetyan, A. E. Tashchyan 1The department of operative dentistry ONMedU Odessa 2The department of surgical and therapeutic dentistry SE “ZMAPE of the MH of Ukraine” Zaporozhye

