

Оценка эффективности применения гидрогелевых депо-материалов в лечении обструктивной патологии околоносовых пазух по данным компьютерной томографии (клиническое наблюдение)

Н. А. Харькова*

БУЗ ВО «Воронежская государственная клиническая больница № 17», Воронеж

Evaluation of Obstructive Purulent Rhinosinusopathy Treatment with the use of Hydrogel Depot Materials According to Computed Tomography (Clinical Observation)

N. A. Khar'kova*

Voronezh State Hospital № 17, Voronezh

Реферат

Представлен клинический случай консервативного лечения обструктивной патологии околоносовых пазух с местным применением гидрогелевых материалов Колегель-АДЛ. Полученные результаты продемонстрировали возможности мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ), как методики выбора для оценки эффективности лечения данной патологии.

Ключевые слова: компьютерная томография, хронический синусит, гидрогелевый материал Колегель-АДЛ, физиолечение.

Abstract

The article reviews a clinical case of obstructive purulent rhinosinusopathy treatment with local use of hydrogel COLEGEL-ADL depot materials. The results of the survey have proven whole body computed tomography (WBCT) to be an effective diagnostic method for such cases.

Key words: Computed Tomography, Chronic Sinusitis, COLEGEL-ADL hydrogel Materials, Physiotherapy.

* Харькова Наталья Алексеевна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением оториноларингологии БУЗ ВО «Воронежская государственная клиническая больница № 17».
Адрес: 394036, г. Воронеж, ул. Карла Маркса, д. 36.
Тел.: +7 (4732) 93-73-55. Электронная почта: legioner_123@mail.ru

Khar'kova Natal'ya Alekseevna, Ph. D. Med., Head of Otorhinolaryngology Department of State Clinical Hospital No. 17, Voronezh, Highest Category of Otorhinolaryngology.
Address: 36, Karla Marksa ul., Voronezh, 394036, Russia.
Phone number: +7 (473) 293-73-55. E-mail: legioner123@mail.ru

Актуальность

Выбор патогенетически обоснованных схем системной и местной терапии при лечении обструктивных процессов околоносовых пазух и профилактики септических осложнений является актуальной проблемой. Это связано с нарастанием устойчивости микрофлоры к антибактериальным препаратам, изменением иммунореактивности, аллергизации и сенсibilизации населения. Лечение обструктивно-гнойных процессов в ринологии представляет большие трудности, так как процент рецидивов и переходов в хронические формы не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту [5]. Смертность от риногенных внутричерепных осложнений в оториноларингологии остается достаточно высокой, достигая 58 % [3].

Учитывая топографо-анатомические особенности околоносовых пазух, для местной терапии воспалительных процессов необходимо использование препаратов, с хорошей проникающей способностью через слизистые оболочки с выраженным фармакотерапевтическим пролонгированным действием при низких концентрациях [4].

В истории ринологии известны схемы лечения гнойных процессов околоносовых пазух, которые имеют свои преимущества и недостатки, а также разработаны современные подходы к лечению данной патологии, ориентированные на малоинвазивность, снижение токсичности и аллергизации на фоне медикаментозной терапии [2].

Современные методы диагностики и терапии гнойных процессов околоносовых пазух направлены на подавление воспалительных реакций тканей, стимуляцию их заживления и санацию, что

способствует повышению эффективности лечения риногенной патологии [1].

Использование препаратов синуфорте, ЯМИК-катетер, позволяют отказаться от давно известных методов лечения патологий околоносовых пазух в виде пункций и зондирования, которые не лишены недостатков. При пункции и зондировании не всегда есть возможность преодолеть обструкцию естественного соустья синуса с носом. Данные процедуры иногда сопряжены с трудностями, обусловленными анатомическими особенностями.

Гиперплазия слизистой околоносовых пазух требует, кроме эвакуации патологических масс, усиленного антибактериального воздействия с целью подавления реакции воспаления, что повышает риск аллергизации и токсического воздействия на пациента.

Хирургические вмешательства также не приводят к достижению абсолютно положительного эффекта решения проблем лечения гнойно-воспалительной патологии в ринологии. Увеличивается риск рецидивирования, приводящего к реоперациям, а также есть опасность инфицирования СПИД, гепатитами и т. д. Наиболее щадящим, с меньшим риском осложнений и нежелательных последствий является способ, предусматривающий поиск новых консервативных методов лечения гнойно-воспалительной патологии околоносовых пазух и контроля эффективности проведенной терапии.

Цель: определить возможности МСКТ как методики выбора для оценки эффективности консервативного лечения гнойно-воспалительных процессов околоносовых пазух с местным использованием гидрогелевых депо-материалов.

Материалы и методы

Для местной терапии гнойно-воспалительных процессов околоносовых пазух использовались гидрогелевые материалы Колегель-АДЛ отечественного производства, которые представляли собой биополимер — альгинат натрия, импрегнированный местным анестетиком лидокаином ($1,5 \pm 0,3$ мг/см²) и антисептиком диоксицином ($0,5 \pm 0,1$ мг/см²).

Клинический пример

Больной С., 32 года, поступил в оториноларингологическое отделение БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница № 17» по направлению из поликлиники с жалобами на головную боль, заложенность носа, отделяемое из носа слизисто-гнойного характера. Отмечался длительный субфебрилитет. Данное состояние в течение 1,5 нед, лечился амбулаторно, от пункций пазух и приема антибактериальных средств отказался. Из сопутствующей патологии — гепатит С.

Диагноз: обострение хронического пансинусита. Пациент был госпитализирован в стационар. При риноскопии — отек и гиперемия слизистой, слизисто-

гнойное отделяемое. Температура — 37,6 °С. Общий анализ крови: гемоглобин — 156 г/л, лейкоциты 11×10^9 /л, СОЭ — 18 мм/ч, биохимический анализ крови: глюкоза крови — 5,2 ммоль/л, АсАТ — 44,1 Ед/л, АлАТ — 45,3 Ед/л, общий билирубин — 56 мкмоль/л.

При МСКТ околоносовых пазух: обе верхнечелюстные пазухи заполнены жидкостным и мягкотканым содержимым (справа тотально, слева на 2/3 объема). В верхних и средних носовых ходах, преимущественно справа, определяются патологические массы тканевой плотности, распространяющиеся в преддверие носа, справа в носоглотку на 12 мм. Клетки решетчатой кости, основные и лобные пазухи с обеих сторон субтотально апневматичны, выполнены содержимым мягкотканной плотности без визуализации горизонтальных уровней жидкости (рис. 1, а — в).

Больному проводилась медикаментозная терапия: парентерально (натрия тиосульфат 30 %-ный, рибофлавина мононуклеат, рузам, тавегил). Выполнено 5 сеансов эндоназального электрофореза с Колегель-АДЛ.

После проведенного лечения больному сделано контрольное КТ-иссле-

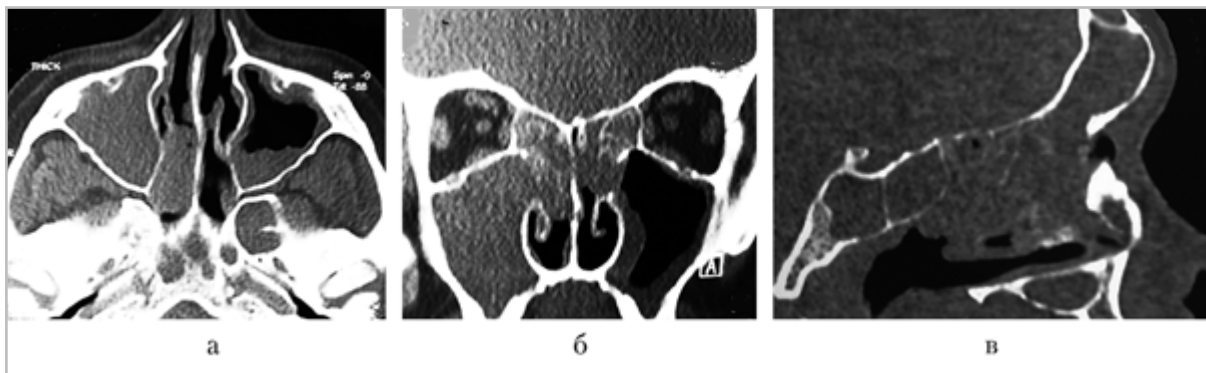


Рис. 1. Компьютерные томограммы пациента С., 32 года, при поступлении в стационар (а — аксиальная проекция; б — корональная проекция; в — сагиттальная проекция) — все околоносовые пазухи тотально и субтотально заполнены жидкостным и мягкотканым содержимым

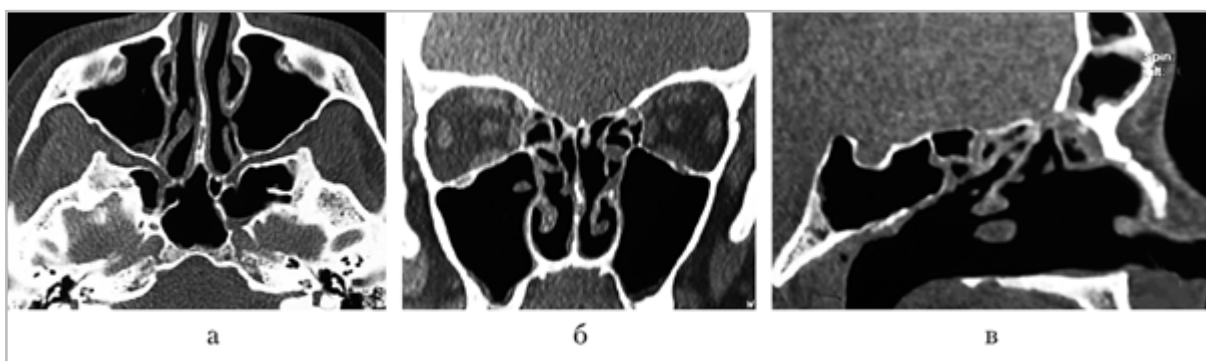


Рис. 2. Компьютерные томограммы пациента С., 32 года, через 7 сут от начала лечения (*а* — аксиальная проекция; *б* — корональная проекция; *в* — сагиттальная проекция) — воздушность околоносовых пазух восстановлена, определяется неравномерное пристеночное утолщение слизистой до 1–2,5 мм, содержимого жидкостной плотности не выявлено

дование околоносовых пазух: по всем поверхностям верхнечелюстных, основных, лобных пазух, клеток решетчатого лабиринта определяется нерезко выраженное циркулярное утолщение слизистой без визуализации уровней жидкости. В носовой полости дополнительных образований не выявлено (рис. 2, *а* – *в*).

Контроль общеклинических анализов: гемоглобин — 158 г/л, лейкоциты — $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 6 мм/ч, биохимический анализ крови: глюкоза — 6,1 ммоль/л, АсАТ — 38,9 Ед/л, АлАТ — 42 Ед/л, общий билирубин — 34 мкмоль/л.

На 7-е сут больной выписан из стационара с закрытым больничным листом нетрудоспособности.

Заключение

По результатам МСКТ, выполненной в динамике для контроля результатов лечения гнойно-воспалительной патологии околоносовых пазух, доказана эффективность местной терапии с применением гидрогелевых депо-материалов Колегель-АДЛ, которые обеспечили профилактику осложнений, регресс вос-

палительного процесса слизистой синусов в оптимальные сроки. Учитывая высокое пространственное разрешение, возможность получения мультипланарных реконструкций, отсутствие суммационных эффектов, МСКТ может рассматриваться как методика выбора при первичной диагностике синуситов и в контроле результатов лечебных мероприятий.

Список литературы

1. *Абаев Ю. К.* Современные особенности хирургической инфекции // Вестник хирургии. 2005. № 164 (3). С. 107–111.
2. *Гюсан А. О.* Выбор метода лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита синусита // Матер. III Петербургского международного форума оториноларингологов России. СПб, 2014. С. 242.
3. *Маишкова Т. А.* Причинно-следственная характеристика внутричерепных отогенных и риногенных осложнений // Там же. СПб, 2014. С. 18.
4. *Накатис Я. А., Рышша М. А.* Об эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов // Там же. СПб., 2014. С. 19.

5. *Пальчун В. Т., Крюков А. И.* Оториноларингология: Серия «Клинические рекомендации». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 368 с.

References

1. *Abaev Y. K.* Modern Features of Surgical Infection. Vestnik hirurgii. 2005. No. 164 (3). P. 107–111.
2. *Guzan A. O.* Treatment of Odontogenic Maxillary Sinusitis. Proceedings of the III St. Petersburg International Forum of Russian Otorhinolaryngologists. SPb., 2014. P. 242.

3. *Mashkova T. A.* Causal Characteristics of Intracranial Otogenic and Rhinogenic Complications // Proceedings of the III St. Petersburg International Forum of Russian Otorhinolaryngologists. SPb., 2014. P. 18.

4. *Nakatis Y. A., Rymsha M. A.* On the Effective Treatment of Purulent-Inflammatory Diseases of ENT-organs // Proceedings of the III St. Petersburg International Forum of Russian Otorhinolaryngologists. SPb., 2014. P. 19.
5. *Palchun V. T., Kryukov A. I.* Otorhinolaryngology: Clinical Guidelines Series: GEOTAR-Media, 2013. 368 p.

Сведения об авторе

Харькова Наталья Алексеевна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением оториноларингологии БУЗ ВО «Воронежская государственная клиническая больница № 17».
Адрес: 394036, г. Воронеж, ул. Карла Маркса, д. 36.
Тел.: +7 (4732) 93-73-55. Электронная почта: legioner_123@mail.ru

Khar'kova Natal'ya Alekseevna, Ph. D. Med., Head of Otorhinolaryngology Department of State Clinical Hospital No. 17, Voronezh, Highest Category of Otorhinolaryngology.
Address: 36, Karla Marksa ul., 394036, Voronezh, Russia.
Phone number: +7 (473) 293-73-55. E-mail: legioner123@mail.ru

Финансирование исследования и конфликт интересов.

Исследование не финансировалось какими-либо источниками. Автор заявляет, что данная работа, ее тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.