

УДК 616.21-002.3-053.2-08

С.А.Левицька

МОЖЛИВОСТІ БЕЗПУНКЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії, ЛОР хвороб та стоматології (зав. – проф. Б.М.Боднар)
Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці

Резюме. У 142 дітей, хворих на гнійний верхньощелепний синусит, вивчена клінічна ефективність безпункційного лікування. Встановлено, що у випадках легкого перебігу захворювання ефективність безпункційного лікування сягала майже 60%, а при проведенні пункцій повний регрес симптомів синуситу мав місце в 75% випадків. За наявності в пацієнта показників тяж-

кості перебігу синуситу перевагу слід віддати проведенню лікувальних пункцій уражених синусів. Ефективність цього методу лікування становила 70%. За відмови від пункцій позитивний результат лікування отримано лише в 39%.

Ключові слова: верхньощелепний синусит, консервативне лікування, діти.

Вступ. Проблема гнійних синуситів у дітей була і залишається надзвичайно актуальною у зв'язку з широкою розповсюдженістю, загрозою виникнення риногенних ускладнень та розвитку патології з боку інших органів і систем [11]. Окрім того, до 50% дітей з верхньощелепними синуситами продовжують хворіти і в дорослому віці. Синусити ускладнюють до 5% інфекцій верхніх дихальних шляхів у дітей, але більш як у 40% самостійно проходять [10].

Основним методом лікування гнійних форм синуситів у нашій країні була і залишається лікувальна пункція ураженого синуса [3]. Проте останнім часом з'явилося чимало повідомлень про недоліки пункційного методу. Це інвазивність, болючість процедури, недостатня безпечність, можливість інфікування [7]. Слід зазначити, що коли мова йде про пацієнта дитячого віку, не останню роль у виборі методу лікування має можлива психологічна травма, з огляду на яку батьки маленького пацієнта часто категорично відмовляються від запропонованої пункції.

З джерел літератури відомо, що більшість синуситів за кордоном лікують, не застосовуючи пункцій, що, у свою чергу, може свідчити про обмеження показань до даної маніпуляції [9]. Проте банальні синусити за кордоном лікують лікарі сімейної медицини, які не володіють технікою виконання пункції [4]. Надзвичайна поширеність хронічних синуситів [2] та висока частота оперативних втручань при синуситах за кордоном також не переконують у доцільності такої лікарської тактики.

Однією з альтернатив пункції певною мірою може бути промивання біляносових пазух методом переміщення із застосуванням різних приладів, синус-катетерів та синус-евакуаторів [1,8]. Особливу увагу доцільності проведення пункцій пазух та дослідження ефективності альтернативних пункційному методів лікування синуситу слід приділяти при лікуванні дітей. Це зумовлене як психологічною травмою при проведенні інвазивної маніпуляції, так і тим фактом, що синусит у дітей трапляється переважно з 5 до 10 років життя, коли «великі» синуси (верхньощелепний, лобний) знаходяться ще у фазі розвитку, і пунк-

ція їх може бути небезпечною і не простою маніпуляцією [5]. У той же час ігнорування пункційного методу в дітей може призвести до збільшення частоти ускладнень та відсотка хронізації процесу.

Мета дослідження. Порівняти ефективність пункційного та безпункційного методів лікування гнійних синуситів у дітей.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 142 дитини віком від 3 до 10 років, які отримували стаціонарне лікування в ЛОР-відділенні Чернівецької міської клінічної лікарні №2 з приводу гнійного запалення біляносових синусів. Обов'язковою умовою включення в групу спостереження було ураження однієї чи обох верхньощелепних пазух.

Для розробки оптимальної лікувальної тактики ми обрали найбільш типові клінічні показники тяжкості перебігу гнійного синуситу, які змушували нас наполягати на проведенні пункцій. Цими показниками були: 1) підвищення температури тіла вище 37,5°C; 2) наявність у крові лейкоцитозу більше 10,0 Г/л, зсув лейкоцитарної формули вліво; 3) біль та відчуття розпирання в ділянці ураженого синуса; 4) значна кількість гнійних виділень у носових ходах; 5) рентгенологічні ознаки запалення фронтальних синусів.

Із 142 обстежуваних дітей у 66 діагностовано два і більше показників тяжкості перебігу синуситу; у 76 дітей показників тяжкості перебігу не було або був наявний лише один із них.

Враховуючи, що «золотим стандартом» лікування ексудативних форм гайморитів є пункція ураженого синуса, батькам всіх без винятку пацієнтів запропонований пункційний метод лікування. Згоду на такий метод лікування ми отримали в батьків 44 пацієнтів (31,0%). У більшості випадків батьки відмовлялися від проведення пункції (69,0%).

Залежно від обраної лікувальної тактики всі діти розподілені на чотири групи: перша група – 20 дітей, яким за наявності показників тяжкості перебігу проводилися пункції верхньощелепних пазух; друга група – 46 дітей із наявними показниками тяжкості перебігу, яким застосовували безпункційне лікування з огляду на категоричну відмову батьків від проведення інвазивних мані-

Таблиця 1

Вік обстежених хворих

Вік (роки)	Перша група (n=20)	Друга група (n=46)	Третя група (n=24)	Четверта група (n=52)
3-5	5	12	6	12
5-7	4	13	7	14
7-9	6	12	5	11
9-10	5	9	6	15
Середній вік	6,95	6,67	6,67	6,83

пуляцій. У дітей третьої та четвертої групи показників тяжкості перебігу не було або був наявний лише один із них. При цьому в дітей третьої групи (24 пацієнти) застосовувалися пункції верхньощелепних пазух, у дітей четвертої групи (52 пацієнти) проводився безпункційний курс лікування.

За віковим критерієм групи спостереження були зіставлені (табл. 1).

Оскільки критерії, що вивчалися, переважно відносилися до якісних, а також часто приходилося порівнювати більше двох груп, за статистичний критерій був обрано непараметричний критерій χ^2 . При порівнянні якісних показників однієї групи до та після лікування використовували критерій Мак-Німара [6]. Отримані дані статистично оброблені за допомогою програми "БЮСТАТ".

Результати дослідження та їх обговорення.

Всім пацієнтам проведено курс стаціонарного лікування з приводу гнійного синуситу. У комплекс лікування входили: судинозвужувальні, антисептичні та антибактеріальні краплі в ніс, застосування антибіотика перорально чи парентерально, антигістамінні препарати, промивання біляносових пазух методом переміщення, фізіопроцедури. Дітям першої та третьої груп з першого дня виконувалися пункції уражених верхньощелепних пазух.

Для знищення мікрофлори, що спричинила виникнення запального процесу, дітям призначалися антибіотики. Найчастіше застосовували напівсинтетичні пеніциліни (ампіцилін, амоксицилін), у тому числі з клавулановою кислотою (аугментин, амоксиклав), цефалоспорины I, II і III поколінь, значно рідше – макроліди (сумамед, макропен, клацид). Аміноглікозиди та фторхінолони не призначалися з огляду на ототоксичність перших та неможливість вживання других у дитячому віці.

Із антимікробних засобів, що призначалися місцево, найчастіше використовували: 2% протаргол, 30% сульфацил натрію, мікроцид, офтадек, нормакс, ізофра та полідекс, біопарокс.

Аналіз призначень антибактеріальних препаратів системно чи місцево не засвідчив статистично значимої різниці між групами спостереження.

Лікувальний процес тривав 7-10 днів. Результати лікування дітей оцінювалися при динамічному спостереженні за основними діагностичними критеріями гнійного синуситу: утруднене носове дихання, головний біль, набряк слизової оболонки порожнини носа, гнійні виділення в

носових ходах. Оцінку критеріїв робили до та після лікування.

Враховуючи вік пацієнтів, збір скарг ми проводили при опитуванні батьків дітей за допомогою анкетування. Кожна скарга оцінювалася за чотирибальною системою: +++ – при опитуванні батьків дана ознака є домінантною, саме вона змусила звернутися за медичною допомогою; ++ – ознака значно виражена і виявляється одразу при опитуванні; + – ознаку виявлено лише при детальному опитуванні та акцентуванні уваги батьків; ознака відсутня (-).

Проведене дослідження засвідчило статистично значиму позитивну динаміку таких клінічних ознак гнійного синуситу, як скарги на головний біль та утруднення носового дихання (табл. 2 і 3).

Одним із найбільш характерних симптомів запалення біляносових пазух є гіперемія та набряк слизової оболонки порожнини носа, що діагностується при проведенні передньої риноскопії. Оцінка симптому проводилася за наступною шкалою: "+++" – значний набряк носових раковин, які перекривають просвіт порожнини носа, носове дихання неможливе, оглянути загальний та середній носові ходи можливо тільки після анемізації слизової оболонки; "++" – носові раковини набряклі, збільшені в розмірах, зменшують просвіт порожнини носа, але загальний носовий хід добре візвілізується, оглянути середній носовий хід можливо тільки після анемізації, носове дихання утруднене; "+" – набряк слизової оболонки порожнини носа виражений помірно, чіткі загальний, нижній та середній носові ходи, носове дихання утруднено помірно; "-" – набряку слизової оболонки порожнини носа не виявлено, носові раковини звичайного розміру, добре видно носові ходи, носове дихання задовільне. Позитивна динаміка набряку слизової оболонки носової порожнини в процесі лікування відмічена в пацієнтів всіх чотирьох груп (табл. 4).

Іншим характерним клінічним симптомом гнійного синуситу, що виявляється при проведенні передньої риноскопії, є наявність гнійних виділень у носових ходах. Шкала оцінки даного симптому: "+++" – значна кількість гнійних виділень, які заповнюють середній та загальний носові ходи, оглянути слизову оболонку та носові ходи можливо тільки після туалету порожнини носа; "++" – гнійні виділення заповнюють середній носовий хід, виявляються при передній та задній риноскопії; "+" – гнійні виділення в середньому носовому ході з'являються після проведення від-

Таблиця 2

Динаміка скарги на утруднення носового дихання в процесі лікування

Ступінь прояву ознаки	Перша група (n=20)		Друга група (n=46)		Третя група (n=24)		Четверта група (n=52)	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
+++	50%	-	47,8%	8,7%	45,8%	-	48,1%	-
++	40%	5%	43,5%	43,5%	41,7%	8,3%	44,2%	7,7%
+	10%	10%	8,7%	26,1%	12,5%	12,5%	7,7%	23,1%
-	-	85%	-	21,7%	-	79,2%	-	69,2%
Критерій Мак-Німара	$\chi^2=45,916$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=33,213$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=64,874$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=118,514$; $v=9$; $p=0,000$	

Таблиця 3

Динаміка скарги на головний біль у процесі лікування

Ступінь прояву ознаки	Перша група (n=20)		Друга група (n=46)		Третя група (n=24)		Четверта група (n=52)	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
+++	20%	-	13,0%	4,3%	8,3%	-	5,8%	-
++	40%	-	54,3%	17,4%	33,3%	8,3%	11,5%	5,8%
+	30%	10%	21,7%	26,1%	33,3%	25%	59,6%	50%
-	10%	90%	10,9%	52,2%	25%	66,7%	23,1%	53,8%
Критерій Мак-Німара	$\chi^2=56,123$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=32,106$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=14,238$; $v=9$; $p=0,003$		$\chi^2=15,370$; $v=9$; $p=0,002$	

Таблиця 4

Динаміка набряку слизової оболонки порожнини носа в процесі лікування

Ступінь прояву ознаки	Перша група (n=20)		Друга група (n=46)		Третя група (n=24)		Четверта група (n=52)	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
+++	35%	-	37,0%	4,3%	37,5%	-	46,2%	3,8%
++	45%	5%	43,5%	15,2%	45,8%	8,3%	38,5%	5,8%
+	20%	35%	19,6%	47,8%	16,7%	33,3%	15,4%	44,2%
-	-	60%	-	32,6%	-	58,3%	-	46,2%
Критерій Мак-Німара	$\chi^2=40,696$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=55,059$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=41,297$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=79,858$; $v=9$; $p=0,000$	

Таблиця 5

Динаміка очищення носових ходів у процесі лікування

Ступінь прояву ознаки	Перша група (n=20)		Друга група (n=46)		Третя група (n=24)		Четверта група (n=52)	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
+++	40%	-	43,5%	4,3%	45,8%	-	48,1%	-
++	50%	5%	52,2%	23,9%	41,7%	8,3%	46,2%	7,7%
+	10%	20%	4,3%	39,1%	12,5%	41,7%	5,8%	40,4%
-	-	75%	-	32,6%	-	26,1%	-	51,9%
Критерій Мак-Німара	$\chi^2=61,702$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=65,717$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=53,455$; $v=9$; $p=0,000$		$\chi^2=129,684$; $v=9$; $p=0,000$	

Таблиця 6

Динаміка даних рентгенологічного дослідження в процесі лікування

Висновок рентгенологічного дослідження після проведеного лікування	Друга група (n=46)	Четверта група (n=52)
Нормалізація рентгенологічної картини	18 (39,1%)	34 (65,4%)
Покращання	4 (8,7%)	8 (15,4%)
Без змін	18 (39,1%)	6 (11,5%)
Рентгенологічне погіршення пневматизації уражених синусів	6 (13,0%)	4 (7,7%)

Примітка. $\chi^2=12,335$; $v=3$; $p=0,008$

Таблиця 7

Результати лікування

Результат	Перша група (n=20)	Друга група (n=46)	Третя група (n=24)	Четверта група (n=52)
Нормалізація	12 (60%)	18 (39,1%)	20 (83,3%)	34 (65,4%)
Покращання	8 (40%)	4 (8,7%)	4 (16,7%)	8 (15,4%)
Без змін	-	18 (39,1%)	-	6 (11,5%)
Погіршення	-	6 (13,0%)	-	4 (7,7%)

смоктування за методом Зондермана; “-” – гнійні виділення відсутні.

У процесі лікування відбувається швидке очищення носових ходів від гнійних виділень в усіх групах (табл. 5).

У дітей першої та третьої груп за динаміку запального процесу свідчили дані лікувальних пункцій уражених пазух. Середня кількість пункцій, яку довелося виконати в першій групі, складала 3,6; у третій – 3,1. Санації верхньощелепних па-

зух у першій та третій групах довелося досягти в 100% випадків.

Враховуючи, що дітям другої та четвертої підгруп пункції не проводилися, кінцевий результат лікування ми робили тільки після отримання даних контрольної рентгенографії біляносових пазух, яка виконувалася не раніше, ніж через тиждень після припинення лікувальних процедур.

При аналізі контрольної рентгенографії біляносових пазух ми засвідчили як покращання рентгенологічної картини, так і відсутність змін, у деяких випадках погіршення (табл. 6). Рентгенологічне видужання при застосуванні безпункційного методу лікування синуситу можна досягти більш ніж у половині випадків. Якщо ж синусит має більш тяжкий перебіг (пацієнти другої групи), рівень нормалізації рентгенологічної картини без проведення пункцій значно знижується.

Таким чином, найгірші результати лікування, за даними рентгенологічної картини, отримані в пацієнтів з більш тяжким варіантом перебігу, в яких відсоток незадовільних результатів сягнув 52,1%. У групі з більш легким перебігом синуситу приблизно в кожній п'ятій дитини результат безпункційного лікування виявився незадовільним.

На підставі аналізу динаміки основних клінічних ознак гнійного синуситу в процесі лікування, інтерпретації даних контрольної рентгенографії біляносових пазух у другій та четвертій групах, результатах контрольних пункцій верхньощелепних пазух у дітей першої та третьої груп ми дійшли висновку про результат проведеного лікування. Оцінювання результатів лікування проведено за чотирибальною системою: нормалізація, покращання, без змін, погіршення. Результати лікування наведені в табл. 7.

Після підведення підсумків результати лікування всіх дітей першої, третьої груп, 18 дітей другої та 34 дітей четвертої груп визнані задовільними. Незадовільні результати лікування ми отримали у 28 дітей другої та 18 дітей четвертої груп, що змусило продовжити курс терапії гнійного синуситу.

Висновки

1. У випадках легкого перебігу синуситу приблизно в 60% випадків досягти санації пазух можна без застосування пункцій.

2. При використанні пункційного методу лікування повний регрес симптомів має місце у 75% випадків.

3. За наявності двох і більше розроблених критеріїв тяжкості перебігу синуситу перевагу слід віддати проведенню лікувальних пункцій уражених синусів. Ефективність цього методу лікування становила 70%. При відмові від пунк-

цій і проведенні курсу консервативного лікування його ефективність у даній групі хворих дітей не перевищувала 39%.

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення причин і факторів невдач консервативної терапії гнійних синуситів у дітей допоможе у створенні лікувального алгоритму з урахуванням наявних потенційних чинників ризику отримання незадовільного результату безпункційного лікування, що дозволить запобігти зайвій інвазивності, не допустити розвитку ускладнень та досягти санації пазух в оптимальний термін.

Література

1. Безшапочний С.Б., Кітнюх І.П., Гуріна Л.І. Лікування хворих на гострий синусит із застосуванням синус-катетера "ЯМІК-2" // Ж. вушн., нос. і горл. хвороб. – 2001. – №2. – С.72.
2. Григорьева Н.В. Возможности беспункционного лечения острого гнойного гайморита // Вестн. оториноларингол. – 2003. – №2. – С.38-40.
3. Кичиков В.О., Аксенов В.М. К методике беспункционного лечения воспаления околоносовых пазух с помощью синус-эвакуатора // Вестн. оториноларингол. – 2002. – №6. – С.47-48.
4. Кіцера О.О., Пошивак Б.О. Ощадливе лікування хворих на синусити у Львівській оториноларингологічній клініці // Матер. VIII з'їзду оториноларингологів України. -К., 1995. - С. 53.
5. Лайко А.А., Бредун О.Ю. Консервативне лікування дітей, хворих на хронічний верхньощелепний синусит під час загострення // Матер. X з'їзду отоларингологів України. - Судак, 2005. – С.120.
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
7. Brook I., Gooch W.M., Jenkins S.G. et al. Медикаментозне лікування гострого бактеріального синуситу. Рекомендації клінічного дорадчого комітету з синуситу в дітей і дорослих // Медицина світу. – Том XIII, число 1. – Липень, 2002. – С.1-9.
8. Brown C.L., Graham S.M. Nasal irrigations: good or bad? // Curr opin Otolaryngol Head Neck Surg. – 2004. – Vol.12, №1. – P.9-13.
9. Galen B.A. Chronic recurrent sinusitis. Recognition and treatment. // Lippincotts Prim. Care Pract. - 1997. - Vol. 1, №2. - P. 183-198.
10. Leung A.K., Kellner J.D. Acute sinusitis in children: diagnosis and management // J. Pediatr. Health Care. – 2004. – Vol.18, №2. – P.72-76.
11. Tuncer U., Aydogan B., Soylu L., Simsek M., Akcali C., Kucukcan A. Chronic rhinosinusitis and adenoid hypertrophy in children // Am J. Otolaryngol. – 2004. – Vol.25, №1. – P.5-10.

THE POTENTIALITIES OF NON-PUNCTURE TREATMENT
OF MAXILLARY SINUSITIS IN CHILDREN

S.A. Levyts'ka

Abstract. The clinical efficacy of non-puncture treatment in 142 children with purulent maxillary sinusitis has been studied. It has been established that the effectiveness of non-puncture treatment reached nearly 60% in cases with a slight clinical course, whereas a complete regress of symptoms was noted in 75% of cases if punctures were performed. In the presence of signs of a severe course of sinusitis in a patient preference should be given to performing medicative punctures of affected sinuses. The efficacy of this treatment mode made up 70%. In case of refusal to be punctured a positive result was achieved only in 39%.

Key words: maxillary sinusitis, conservative treatment, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol. 10, №3. – P.51-55

Надійшла до редакції 6.04.2006 року

УДК 618.3 – 06:616.12.07

К.С.Малиновська

РЕЗУЛЬТАТИ ТЕСТУ З 6-ХВИЛИННОЮ ХОДЬБОЮ У ВАГІТНИХ
ІЗ ВАДАМИ СЕРЦЯ: ХАРАКТЕР ПЕРЕБІГУ ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології України, м.Київ

Резюме Вивчення перебігу вагітності у жінок із вадами серця проведене в 93 пацієнток, які склали дві групи: 1-ша група – 63 неоперовані пацієнтки і 2-га група – 33 оперовані пацієнтки в різні строки хвороби. У період максимального гемодинамічного навантаження (28-32 тижні) всім пацієнткам проводили тест з 6-хвилинною ходьбою. Встановлено, що головними

факторами сприятливого перебігу вагітності в оперованих хворих є стан гемодинаміки до операції, результати навантажувального тесту можуть бути використані для розробки тактики ведення пологів із застосуванням акушерських засобів.

Ключові слова: вагітність, оперовані і неоперовані вади серця, ходьба.

Вступ. Особливості перебігу вагітності у жінок із вадами серця визнаються усіма клініцистами, які займаються цією проблемою [1]. Доведено негативний вплив обох факторів (наявності вади серця і вагітності) на стан пацієнтки, що зумовлює додаткове гемодинамічне навантаження, яке на тлі скомпроментованого серця призводить до виникнення як терапевтичних, так і акушерських ускладнень, у тому числі з боку плода. Тому своєчасна хірургічна корекція вади серця значною мірою дозволяє в більшості пацієнток стабілізувати гемодинамічні показники й успішно пролонгувати вагітність [3,4,5]. Існуючі в літературі дані щодо ефективності хірургічного втручання, як правило, стосуються безпосередньо післяопераційного періоду та цілком закономірно демонструють значно кращі результати, ніж перед операцією [2]. У клініці екстрагенітальної патології післяопераційні строки у вагітних істотно відрізняються.

Мета дослідження. Вивчити характер перебігу вагітності в оперованих і неоперованих жінок із вадами серця та встановити особливості результатів тесту з 6-хвилинною ходьбою.

Матеріал і методи. Обстежено 96 вагітних із вадами серця, які перебували у відділенні для вагітних із патологією серцево-судинної системи Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України. Серед них набуті вади на тлі рев-

матичного захворювання виявились у 19 вагітних (5 з яких - прооперовані), уроджені – в 77 (28 після хірургічної корекції). Жінок із загрозою переривання вагітності під час госпіталізації в обстеження не включали. Середній вік вагітних становив $30,4 \pm 1,7$ року. Всім пацієнткам у період максимального гемодинамічного навантаження під час вагітності (терміни 28-32 тижні) проведено тест із дозованим фізичним навантаженням – 6-хвилинна ходьба. Враховуючи, що своєчасна та успішна хірургічна корекція вади серця в більшості хворих призводить до суттєвого покращання гемодинаміки, вагітні розподілені на дві групи – з вадами (без втручання) – 1-ша група (63 хворі) та після хірургічного лікування – 2-га група (33 пацієнтки). Пацієнтки обох груп репрезентативні за віком, строком і кратністю вагітності, тривалістю вади серця. В обох групах переважали уроджені вади серця – у 49 (77,8%) пацієнток 1-ї групи та у 28 (84,8%) – 2-ї групи, серед яких домінували септальні дефекти. Серед набутих вад у більшості хворих виявлений мітральний стеноз. Враховуючи односпрямованість гемодинамічних порушень при вказаних вадах серця (гіперволемія малого кола кровообігу), вважали за можливе проводити зіставлення даних груп хворих.

Напередодні проведення тесту з ходьбою, який полягав у проходженні максимально мож-