

Утверждаю
Главный врач ГБУ Рязанской области
«Клиническая больница
им. Н. А. Семашко»



Л. Ю. Сорокина

Целесообразность включения магнитотерапии в комплексное лечение хронических синуситов

По данным исследования заболеваемости ЛОР-органов, на долю патологии полости носа и околоносовых пазух приходится 34,2%. При этом той или иной формой острого синусита страдает 5–15% взрослого населения и около 5% детей.

Этиопатогенез бактериальных синуситов обусловлен риногенным блоком соустьев пазух, нарушением дренажа, а также повреждением мерцательного эпителия синусов.

Основными целями при лечении бактериального риносинусита являются:

- сокращение длительности заболевания;
- предупреждение развития орбитальных и внутричерепных осложнений;
- эрадикация возбудителя;
- увеличение периодов ремиссии при хроническом синусите.

Комбинированное лечение бактериального синусита складывается из трех основных звеньев:

- адекватная антибактериальная терапия;
- дренирование пазухи;
- симптоматическая терапия.

Результаты многочисленных российских и зарубежных исследований говорят об эффективности применения в качестве препаратов первого выбора ингибиторзащищенных β -лактамов антибиотиков, к которым наименее резистентны основные возбудители бактериальных синуситов. Вопрос о необходимости выполнения лечебной пункции верхнечелюстной пазухи и в настоящее время остается открытым. Считается, что регулярное удаление экссудата при гнойном синусите стимулирует механизмы местной антибактериальной защиты, а также в ряде случаев позволяет ликвидировать блокаду естественного соустья. Однако данная, на первый взгляд, безопасная и широко применяемая в российской ЛОР практике процедура связана с риском развития достаточно серьезных осложнений. С широким распространением консервативных методов лечения необходимость применения пункционного метода все более оспаривается.

Поиски методов, повышающих эффективность лечения синуситов остаются актуальными, в связи с чем и было проведено настоящее исследование.

Под наблюдением в период с декабря 2011 по ноябрь 2013 года находилось 50 взрослых пациентов (основная группа) в возрасте от 18 до 52 лет. Из них 13 человек (26%) – больные с затухающим обострением хронического

экссудативного синусита, 19 человек (38%) – больные с хроническим фронтитом и 18 человек (36%) – с хроническим этмоидитом. При этом у 19 пациентов (38%) процесс протекал по типу моносинусита, а у 31 (62%) отмечена заинтересованность нескольких синусов. Критерием исключения из исследования являлись пациенты с пролиферативными и смешанными формами синуситов.

Комплекс терапевтических мероприятий включал антибактериальную терапию с применением β -лактамовых антибиотиков (амокксициллин клавуланат), деконгестантов коротким курсом, десенсибилизирующую терапию и магнитотерапию от аппарата «Алмаг-02». Воздействие проводилось локальным излучателем, который размещался на области проекции соответствующей пазухи. Индукция 20 мТл, частота 50 Гц, время воздействия – 7 минут. На курс 8-10 процедур.

Для оценки клинической эффективности магнитотерапии было проведено наблюдение за контрольной группой пациентов (48 человек) с аналогичной патологией, той же возрастной группы, получавших аналогичное лечение, но без использования магнитотерапии.

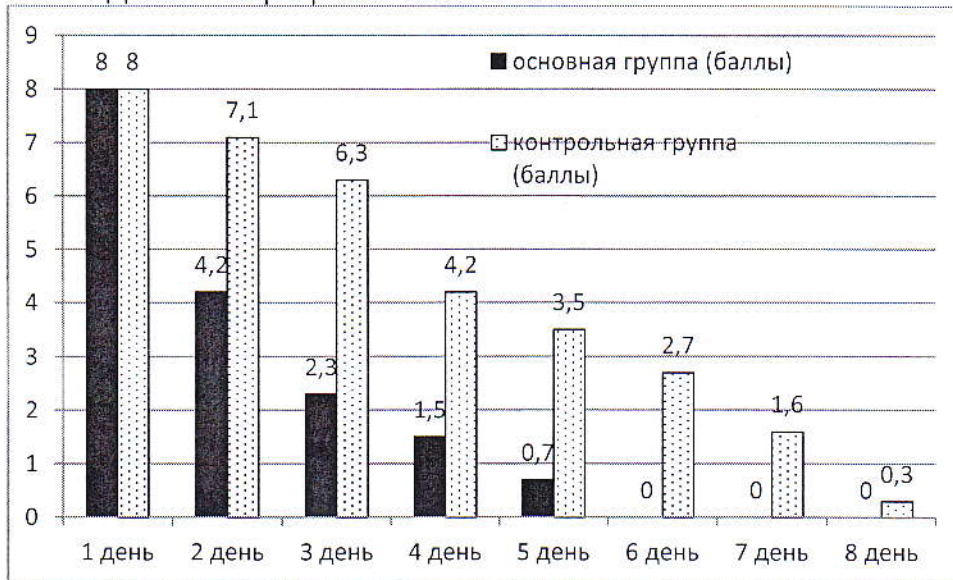
Терапия пациентов в обеих группах проводилась без выполнения лечебных пункций. Однако при отсутствии клинического эффекта (регресса головных болей и признаков интоксикации) или положительной рентгенологической динамики (восстановление воздушности пазухи) на 5 – 7-е сутки исследования пункция пазухи выполнялась, но пациент из исследования исключался.

Оценка эффективности терапии проводилась с учетом регресса клинических симптомов, таких, как головная боль, заложенность носа, выделения из носа, а также степень нарушения обоняния. Результаты оценивались самим пациентом по 10-ти балльной шкале в течение 2-х недельного периода наблюдения. Также проводился мониторинг динамики трудоспособности по шкале от 0 до 100 баллов, где 0 – невозможность выполнения повседневной работы, 100 – полная трудоспособность.

С целью объективного контроля эффективности лечения выполнялось динамическое эндоскопическое исследование полости носа, при котором оценивалась степень гиперемии и отека слизистой оболочки носовых раковин (3 степени): выраженный отек и гиперемия (III степень), умеренно выраженный (II степень), незначительный (I степень), отсутствие отека и гиперемии (0), а также количество и качество отделяемого в носовых ходах (3 степени): большое количество густого отделяемого (III степень), умеренное количество густого, или жидкого отделяемого (II степень), незначительное количество жидкого отделяемого (I степень), отсутствие отделяемого (0). Кроме того, на 7-е и 14-е сутки наблюдения произведено динамическое рентгенологическое исследование с целью определения скорости регресса рентгенологических симптомов. Результаты оценивались по балльной шкале, где 0 – пневматизация пазухи не нарушена, 1 – пристеночное снижение пневматизации, 2 – субтотальное снижение пневматизации, или уровень жидкости, 3 – тотальное снижение пневматизации.

Оценивая динамику головных болей (рис. 1), видно, что в основной группе регресс симптомов происходит быстрее, достигая максимальной разницы с показателями контрольной группы на 4–5-е сутки исследования ($84,6 \pm 0,6\%$). При этом полное исчезновение головных болей в основной группе больных происходит на 1,5–2 суток раньше.

Рис. 1 Динамика регресса головных болей.



Заложенность носа у больных основной группы полностью купируется на 8–9–е сутки исследования (рис. 2), в то время как в контрольной группе на 2–2,5 суток позже. Максимальная разница между показателями в двух группах определяется на 6–7–е сутки ($82,8 \pm 0,4\%$).

Рис. 2 Динамика заложенности носа.



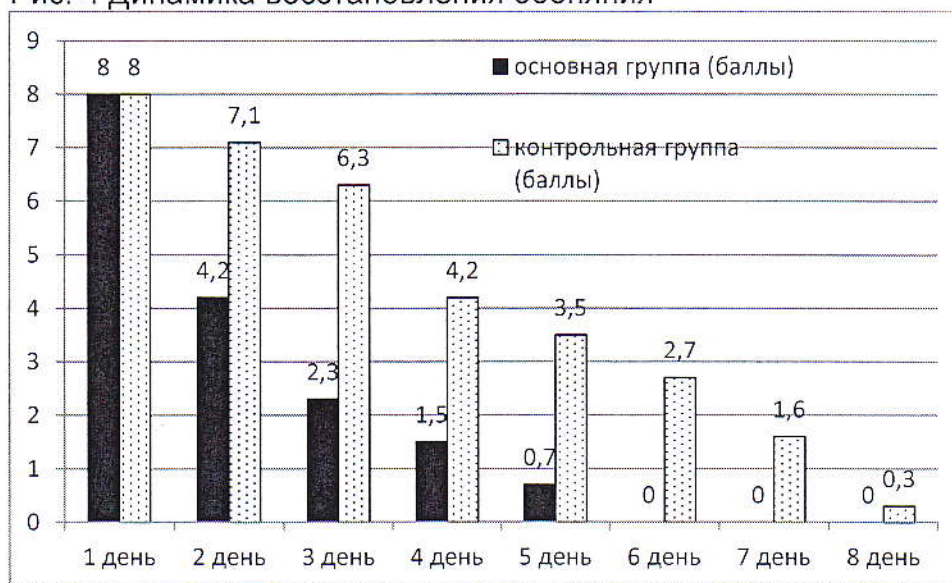
Уменьшение количества выделений из полости носа также быстрее происходит у больных в основной группе (рис. 3). Полностью симптом ринореи исчезает на 2–3 суток раньше, чем в контрольной группе. Максимальная разница между показателями в двух группах составляет $73,3 \pm 0,3\%$ (на 6–е сутки исследования).

Рис. 3 Динамика количества выделений из носа



Однако хотелось бы отметить более быстрое всего восстановление обоняния у пациентов основной группы (рис. 4) – на 3–4 суток раньше, чем в контрольной группе, сохраняя максимальную разницу в двух группах в течение 3–4 суток (с 3–х по 7–е сутки), которая составляет $79,7 \pm 0,8\%$.

Рис. 4 Динамика восстановления обоняния



При анализе динамики восстановления трудоспособности (рис. 5) видно, что к концу исследования пациенты обеих групп оценивали свою трудоспособность на уровне 100 баллов, однако у пациентов основной группы восстановление повседневной активности происходило быстрее, достигая указанной отметки, уже на 9–10–е сутки, в то время как пациенты контрольной группы полное восстановление трудоспособности отмечали только на 12–13–й день исследования. При этом разница в двух группах практически в течение всего периода исследования составляет $22,4 \pm 3,2\%$. Исключением являются только первые и последние 3 дня, где разница показателей незначительна.

При оценке динамики эндоскопической картины мы получили следующие результаты. Степень регресса отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа в течение первых 4 суток исследования была примерно одинаковая в обеих

группах (отличается менее чем на 6,5%. После чего наиболее быстро, изменения слизистой оболочки претерпевали обратное развитие у пациентов основной группы, полностью исчезая на 8–9–е сутки (на 3–4 дня раньше, чем у пациентов контрольной группы). Наибольшая разница показателей определяется в течение 4–5 суток (с 4–х по 9–е сутки) и составляет $52,8 \pm 0,8\%$.

Оценивая динамику количества и качества отделяемого (по данным эндоскопической картины), существенной разницы между показателями обеих групп в первые пять дней исследования мы не обнаружили. Однако в последующие 3 суток более значительный регресс показателей определялся у пациентов основной группы: полное исчезновение отделяемого на 7–8–е сутки (на 3–4 дня раньше, чем у пациентов контрольной группы). Максимальная разница показателей в двух группах составляет $75,2 \pm 1,3\%$ (на 7–8–е сутки исследования).

Изначально (до начала лечения) примерно равнозначные данные рентгенологического исследования претерпевают следующие изменения: регресс рентгенологических симптомов происходит быстрее в основной группе (на 7–е сутки разница в двух группах составляет $35,7 \pm 1,8\%$). К 14–му дню исследования пневматизация пазух у пациентов основной группы практически полностью восстанавливается, в то время как в контрольной группе сохраняются в различной степени изменения воздушности пазухи (разница в двух группах – $67,3 \pm 2,1\%$).

Нами также проведена оценка количества пациентов в двух группах, исключенных из исследования, в связи с возникновением необходимости выполнения лечебной пункции пазухи. В основной группе таких пациентов было двое (3,8%), в контрольной группе – 11 человек (18%).

Применение магнитотерапии в комплексной терапии хронических экссудативных синуситов позволило избежать необходимости выполнения пункции и добиться санации пазухи посредством только консервативной терапии. В большинстве случаев (в 86%), положительных результатов беспункционного лечения удалось добиться при проведении магнитотерапии. Применение ее позволило сократить количество таких пациентов в 4,7 раза.

Выводы

Применение магнитотерапии в комплексном лечении хронического синусита позволило:

- быстрее добиться регресса клинических симптомов и облегчить течение заболевания;
- улучшить качество жизни пациентов, социальную и физическую активность, а также повысить их трудоспособность;
- добиться положительных результатов терапии в большинстве случаев без применения лечебной пункции пазухи;

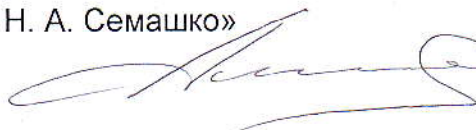
Эффективность применения магнитотерапии подтверждена объективными данными (эндоскопические признаки, а также рентгенологическое исследование) в сравнении с терапией только лекарственными препаратами, что позволяет рекомендовать включение магнитотерапии в комплекс лечебных мероприятий на всех этапах лечения.

Заведующий кафедрой глазных и ЛОР-болезней
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России



В. И. Панин

Заведующая отделением
восстановительного лечения
«Клинической больницы им. Н. А. Семашко»



И. С. Александрова