

УДК 616.216-002-08

Лобурець А.В.

ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОНАЗАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ФРОНТОТОМІЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

При проведенні ендоназального хірургічного втручання відбувається порушення цілісності слизової оболонки, конфігурації внутрішньоносових структур. Тому на етапі раннього післяопераційного періоду важливим є досягнення повноцінної епітелізації слизової оболонки, з відновленням функціонування мукоціліарної транспортної системи, дренажу та вентиляції синусів, носового дихання. Мета дослідження: підвищити клінічну ефективність перебігу післяопераційного періоду пацієнтів, що перенесли ендоскопічну ендоназальну фронтотомію із застосуванням у комплексній терапії гелю гіалуронат натрію. Обстежено 36 пацієнтів, серед яких 23 склали досліджувану, та 13 – контрольну групу. Всім пацієнтам виконано оперативне втручання на лобній пазусі за методикою Draf 2. Після формування співустя у фронтальний синус ендоназально вводили гель гіалуронат натрію об'ємом 5 мл. На 5 добу дослідження – повторне введення препарату. Висновки. 1. Хронічні форми фронтитів в 80,56 % проявляються у вигляді полісинуситів і поєднуються з порушеннями внутрішньоносових структур в 77,78%. 2. Застосування гелю гіалуронат натрію у комплексному лікуванні пацієнтів з хронічною формою фронтиту дозволяє досягти більш вираженої позитивної динаміки основних симптомів хронічного синуситу. 3. Результати дослідження дозволяють рекомендувати застосування гелю гіалуронат натрію інтраопераційно та в післяопераційному періоді пацієнтам, які перенесли ринохірургічні втручання.

Ключові слова: хронічний фронтит, фронтотомія, синусотомія, гель гіалуронат натрію.

Наукова праця пов'язана з плановим НДР кафедри оториноларингології з офтальмологією «Розробка нових медичних технологій в діагностиці та лікуванні патології верхніх дихальних шляхів», № д/р 0111U006761

В Україні серед пацієнтів, які перебувають на лікуванні в ЛОР стаціонарах, до 40% складають синусити, причому щороку їх кількість збільшується на 1,5-2%, а хронічні форми синуситів зустрічаються у 10% населення. Риносинусити стали найпоширенішим хронічним захворюванням, яке охоплює дедалі більші верстви населення працездатного віку і призводить до значних економічних втрат [2, 6, 7].

Незважаючи на широке розповсюдження ендоскопічної техніки та впровадження малоінвазивних хірургічних методик, до теперішнього часу в лікуванні хронічної запальної патології фронтального синусу домінуючими лишаються екстраназальні інвазивні хірургічні доступи. В більшості випадків їх застосування не є виправданим і досить часто, беручи до уваги травматичність, має небажані клінічні наслідки [1, 5, 11].

Частота рецидивів захворювання на фронтит після ендоскопічної функціональної синусотомії знаходиться теж на відносно високому рівні (становить більше 20%), при цьому половина з них вимагає реоперації. Таким чином, розробка і впровадження більш ефективних методів лікування та ведення післяопераційного періоду хворих на хронічний фронтит є одним з пріоритетних напрямків сучасної ринології [5, 10, 11].

Протягом останніх двох десятиріч ендоскопічна синусохірургія була прийнята як «золотий» стандарт лікування хронічних синуситів, в разі неефективності консервативного лікування. Проте, хірургія лобної пазухи має багато технічно-важливих, складних аспектів. Фронтальний синус є найбільш варіабельним за розміром та конфігурацією, має гострий назофронтальний кут, близьке розташування до важливих анатомічних утворень, таких як нюхова зона, передня черепна ям-

ка та орбіта. Вузько розташовані структури лобної кишені обумовлюють можливість формування післяопераційних рубців з наступним стенозом співустя сформованого лобно-носового каналу. Це все ускладнює техніку операції та потребує від хірурга глибокої теоретичної підготовки та практичних навичок. Надмірна травматизація слизової під час операції, нефізіологічне ремоделювання внутрішньоносових структур та неповноцінне ведення післяопераційного періоду сприяють рецидивуванню хронічного фронтиту [1, 4, 9].

Традиційні ендоназальні фронтотомії відомі останні 15 років та вже достатньо опрацьовані та технічно удосконалені. Серед них найбільше поширення отримали методики за DRAF 1 та 2, які за час свого існування не зазнали істотних змін. На нашу думку, основну увагу ринохірургів слід загоріти саме на веденні післяопераційного періоду.

При проведенні любого ендоназального хірургічного втручання відбувається порушення цілісності слизової оболонки, конфігурації внутрішньоносових структур (ВНС). Тому на етапі раннього післяопераційного періоду важливим є досягнення швидкої епітелізації слизової оболонки, з відновленням функціонування мукоціліарної транспортної системи, дренажу та вентиляції синусів, носового дихання і, як результат, своєчасного клінічного одужання пацієнта.

Докорінно змінилися поняття про необхідність проводити кюретаж пазухи, видаляти слизову оболонку ННП при проведенні оперативного втручання, а навпаки, основою малоінвазивних методик є максимальне збереження слизової оболонки, навіть у тих випадках, коли вона кісточно або поліпозно змінена внаслідок тривалого хронічного процесу [3, 7, 8]. Саме в контексті ор-

ганозберігаючих функціональних методик до лікування хронічного процесу необхідно провести пошук нових методик ведення післяопераційного періоду.

Мета дослідження

Підвищити клінічну ефективність перебігу післяопераційного періоду пацієнтів, що перенесли ендоскопічну ендоназальну фронтотомію із застосуванням у комплексній терапії гелю гіалуронату натрію.

Матеріали та методи дослідження

На базі ЛОР – відділення Полтавської обласної клінічної лікарні та кафедри оториноларингології з офтальмологією Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» було обстежено та прооперовано 36 осіб в період з лютого 2015 по лютий 2016 р., госпіталізованих на планове оперативне втручання з приводу хронічного рецидивуючого фронтиту.

Критерії включення пацієнтів у дослідження:

1. Чоловіки та жінки у віці старше 18 років.
2. Планове оперативне втручання (синусотомія, що включала фронтотомію).

Критерії виключення із дослідження:

1. Вік до 18 років.
2. Поліпозний риносинусит.
3. Вагітність та годування груддю.
4. Пацієнти з гострим бактеріальним фронтитом.
5. Наявність супутніх захворювань (цукровий діабет)

Усі пацієнти були розділені на 2 групи – досліджувана – 1 група (n=23) та контрольна 2 група (n=13). Статистично групи були однорідні. Всім пацієнтам виконано оперативне втручання на лобній пазусі за методикою Draf 2.

Доопераційне обстеження обов'язково включало магніторезонансну або комп'ютерну томографію, оптичну ендоскопію. Планування оперативного втручання проводилось після співставлення даних томографії та ендоскопії. В переважній більшості пацієнтів (86,1%) оптична ендоскопія виявляла поліпоподібні розрощення слизової оболонки в ділянці напівмісячної щілини та лобної кишені, причому ці зміни рівною мірою стосувались пацієнтів з різним терміном хвороби.

В післяопераційному періоді пацієнтам обох клінічних груп була призначена терапія, складена згідно сучасних протоколів та стандартів лікування даної нозології. Хворим контрольної групи

призначалось традиційне післяопераційне лікування, яке включало туалет порожнини носа, місцеві деконгестанти коротким курсом, водно-сольові розчини, мукорегулятори. Хворим досліджуваної, першої групи, окрім стандартного лікування, було застосовано нову методику лікування. В ході хірургічного втручання після завершення формування співустя та корекції внутрішньоносових структур у фронтальний синус через лобно-носову канюлю власної конструкції ендоназально вводили гель гіалуронат натрію об'ємом 5 мл. Згідно регламенту, на 5 добу дослідження введення препарату в лобний синус повторюють. Уведення гелю повинно проводити повільно, слідкуючи, щоб він проходив вільно, не викликаючи підвищення тиску у фронтальному синусі.

Ефективність запропонованого комплексного методу лікування визначали на основі аналізу суб'єктивних та об'єктивних критеріїв, котрі досліджувались до операції, на 3, 5, 7 та 10 добу після ендоназального хірургічного втручання.

Серед багатьох суб'єктивних симптомів ми досліддили найбільш характерні для даної нозології, до яких ми віднесли: закладеність носа та головний біль. За допомогою простої шкали, що складалась з 4-х балів, пацієнти відмічали ступінь вираженості цих симптомів за весь період спостереження:

- 0 – відсутні
- 1 – наявність симптомів, які майже не впливають на якість життя
- 2 – помірні (наявні симптоми, які впливають на якість життя)
- 3 – виражені (симптоми не дають змоги займатися повсякденними справами)

Об'єктивну оцінку проводили за допомогою оптичної риноскопії в ті ж строки, що й суб'єктивну. До об'єктивних симптомів ми віднесли 2 характерні ознаки: 1 – набряк слизової оболонки порожнини носа, та 2 – наявність в'язкого слизового відокремлюваного в носових ходах. Ступінь вираженості симптомів визначали також за допомогою системи балів: 0 – ознаки відсутні; 1 – помірні, 2 – виражені, 3 – різко виражені.

Результати та їх обговорення

Усього нами було обстежено 36 пацієнтів, серед яких 23 склали першу, досліджувану, та 13 – другу, контрольну групу. Їх розподіл за віком та статтю представлено у Таблиці 1.

Таблиця. 1
Розподіл пацієнтів за віком та статтю

Вік	Усього:		Усього по групах:		Чоловіки		Жінки	
	Абс.	%	1 група	2 група	Абс.	%	Абс.	%
18-25	13	36,1	9	4	9	42,9	4	26,7
26-35	5	13,9	3	2	0	0	5	33,3
36-45	7	19,4	4	3	4	19	3	20
45-65	11	30,6	7	4	8	38,1	3	20
Всього	36	100,0	23,0	13,0	21,0	58,3	15,0	41,7

Середній вік пацієнтів склав 36,7 років.

В більшості випадків фронтит сполучався із запаленням інших навколоносових пазух (полісинусит) та з різного роду морфологічними порушеннями ВНС, які порушували носове дихання та вентиляцію навколоносових пазух і потребували хірургічного втручання. В таких випадках однією фронтотомією не обмежувались, а проводили синусотомії, відповідно ураженим навколоносовим пазухам, та функціональну корекцію ВНС. Найбільш часто зустрічались такі порушення внутрішньоносових структур, як викривлення переділочки носа, наявність *Concha bullosa*, *Bulla ethmoidalis*, гіперпневматизованої *Agger Nasi*, поліпозні (запальні) зміни лобної кишені. Такі зміни частіше спостерігались не ізольовано, а у різних співвідношеннях і з

різним ступенем вираженості клінічного прояву.

Слід зазначити, що ізольовані форми фронтиту становили 10 випадків (27,78%) серед пацієнтів обох клінічних груп, серед яких лише у 3 пацієнтів (8,33%) ізольований фронтит не супроводжувався візуально визначеними змінами ВНС.

В залежності від давності захворювання, структура патологічного процесу мала свої особливості.

Так, у пацієнтів із тривалістю фронтиту до 1 року, полісинусит відмічено в 58,33%, а при його тривалості більше 5 років – у 85,71%. При цьому достовірної різниці з боку стану ВНС у пацієнтів з різною тривалістю захворювання в нашому дослідженні не відмічено.

Структура хірургічних втручань пацієнтів обох клінічних груп представлена в таблиці 2.

Таблиця 2.
Співвідношення видів хірургічних втручань у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп.

Група дослідж.	Полісинусотомія		Корекція ВНС		Фронтотомія		ПСТ+Кор.ВНС	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
1 група	18	78,26	18	78,26	2	8,70	15	65,22
2 група	11	84,62	10	76,92	1	7,69	9	69,23

Слід зазначити, що коли ми говоримо про фронтотомію стосовно ізольованої форми хронічного фронтиту, йдеться про запальний процес лише одного синусу: фронтального. Само ж ендоназальне хірургічне втручання обов'язково супроводжується технічною етмоїдотомією 2 – 5 клітин ґратчастого лабіринту, що необхідно для забезпечення адекватної вентиляції та дренажу фронтального синусу у майбутньому.

Дані, наведені у таблицях 1 та 2, показують, що обидві клінічні групи за віком, статтю, тривалістю захворювання та розповсюдженістю патологічного процесу є статистично однорідними ($P > 0,05$).

Пацієнти обох клінічних груп починаючи з третьої доби післяопераційного періоду і до 10 доби відмічали покращення самопочуття, зменшення суб'єктивних симптомів, що підтверджувалось даними як суб'єктивного, так і об'єктивного досліджень. Починаючи з 5 доби у пацієнтів основної групи середнє значення вираженості оцінюваних ознак було менше у порівнянні з контрольною. При наявності оперованих аномалій ВНС період відновлення ставав більш тривалим.

Результати дослідження суб'єктивних симптомів у пацієнтів першої та другої груп представлені на Рис. 1.

Аналіз дослідження суб'єктивних симптомів показав, що на 3 добу у пацієнтів обох груп відмічається помірне погіршення стану носового дихання, що можна пояснити реактивними явища-

ми, пов'язаними з травмуванням ВНС при проведенні хірургічного втручання. Але вже з 5 доби спостереження у пацієнтів 1-ї, досліджуваної групи, яким в комплексному лікуванні в пазуху вводили гелі гіалуронат натрію, стан носового дихання достовірно змінювався в бік покращення від пацієнтів контрольної групи ($P < 0,05$). Стосовно параметру «головний біль» достовірної різниці між пацієнтами обох груп ми не отримали ($P > 0,05$).

Динаміка об'єктивних показників стану порожнини носа представлена на Рис. 2.

На 3 добу дослідження у пацієнтів обох клінічних груп спостерігалось достовірне ($P > 0,05$) збільшення набряку порожнини носа, що корелює з утрудненням носового дихання у цих пацієнтів. Але з 5 доби спостерігається значуще зменшення набряку у пацієнтів 1-ї групи, котре і на 7, і на 10 добу достовірно відрізняється від контрольної групи.

Стосовно показника виділеного з порожнини носа, то його кількість достовірно відрізнялась від показника контрольної групи на 3, 5 та 7 добу післяопераційного періоду. На 10 добу цей показник у пацієнтів обох груп достовірно не відрізнявся.

У жодного з досліджуваних пацієнтів ми не спостерігали побічних негативних реакцій, пов'язаних із застосуванням гелю гіалуронат натрію.

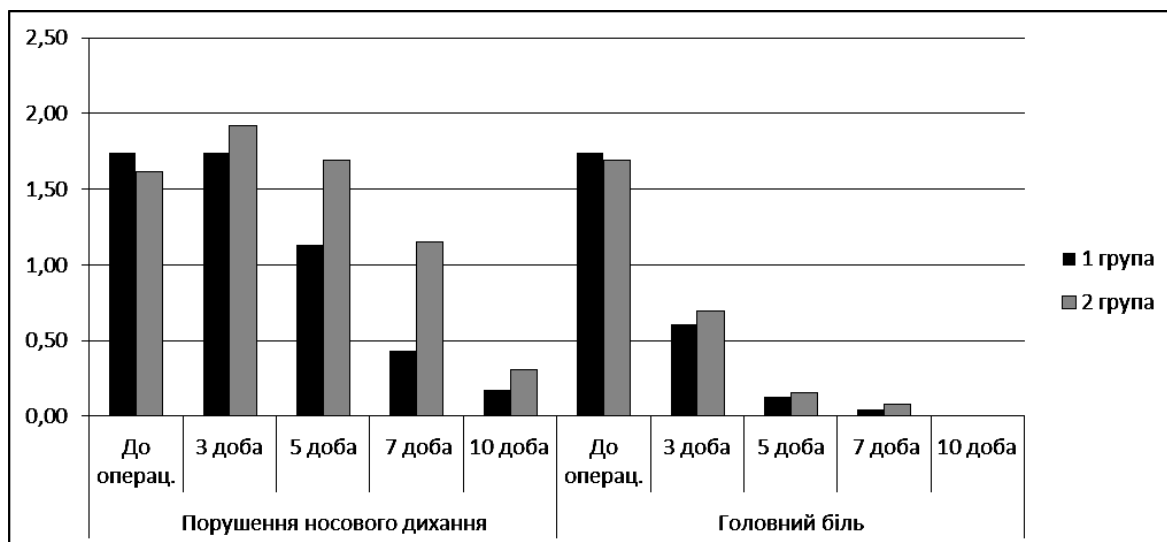


Рис. 1. Динаміка суб'єктивних змін у пацієнтів досліджуваної (1-1) та контрольної (2-1) груп.

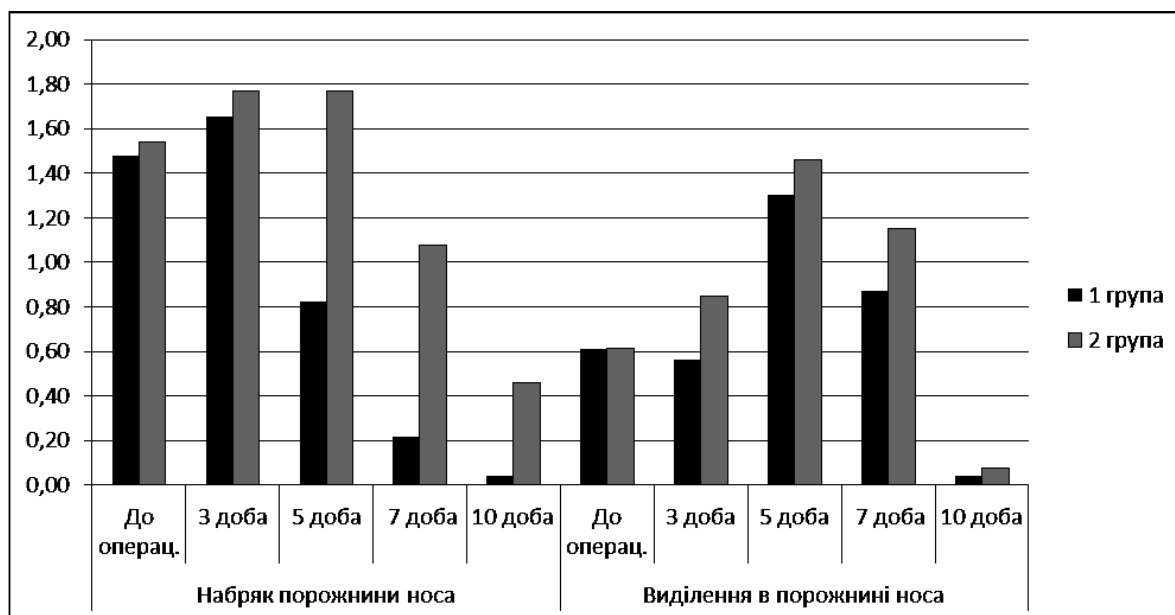


Рис. 2. Динаміка об'єктивного спостереження у пацієнтів досліджуваної (1-1) та контрольної (2-1) груп.

Висновки:

1. Хронічні форми фронтитів в більшості випадків (80,56 %) зустрічаються у вигляді полісинуситів і поєднуються з різними порушеннями внутрішньоносових структур (77,78%), що вимагає від ринохірурга симультантного хірургічного підходу.
2. Застосування гелю гіалуронат натрію у комплексному лікуванні пацієнтів з хронічною формою фронтиту дозволяє досягти більш вираженої позитивної динаміки основних симптомів хронічного запалення слизової оболонки навіколоносових пазух.
3. На підставі результатів проведених досліджень можна рекомендувати застосування гелю гіалуронат натрію для фармакоterapiї інтраопераційно та в післяопераційному періоді пацієнтам, які перенесли ринохірургічні втручання, як

ефективний протизапальний засіб.

Література

1. Волков А.Г. Определение тяжести течения односторонних неосложненных экссудативных фронтитов / А.Г.Волков., И.В.Стагниева // Вести. оториноларингологии: Матер. V Всерос. конф. оториноларингологов. - 2006. - №5. - С. 202-203.
2. Гарюк Г.И. Дискуссионные аспекты орбитальных осложнений параназальных синуситов / Г.И.Гарюк [и др.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2010. – №5. – С. 24-25.
3. Завалий М.А. Морфологические изменения в слизистой оболочке у больных хроническим гнойным риносинуситом / М.А. Завалий // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2014. - № 4. - С. 21-27.
4. Захарова Г.П. Мукоцилиарная система верхних дыхательных путей / Г.П.Захарова, Ю.К. Янов, В.В. Шабалин - СПб.: Диалог, 2010. - 360 с.
5. Лопатин А.С. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения / А.С.Лопатин, В.М.Свиштушкин // Клини. рекомендації. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011.-72 с.
6. Пальчун В.Т. Предупредить хронизацию и осложнения острого воспаления ЛОР-органов / В.Т. Пальчун // Вестн. оториноларингологии. - 2009. – № 2. - С. 4-6.
7. Смагина Т.В. Серратиопептидаза в фармакоterapiи послеоперационного периода у пациентов, перенесших ринохирурги-

ческие вмешательства / Т.В. Смагина, И.С. Зарицкая // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. - 2013. - №6. - С. 88-93.

8. Соколова О.Г. Фармакотерапия пациентов после операций на полости носа / О.Г. Соколова (Школа клинициста) // Мед. вестн.: Рос. врачебная газета. - 2012. - N 34 (7 декабря). - С. 14-15.

9. Al-Khateeb T.H. Effect of the proteolytic enzyme serrapeptase on swelling, pain and trismus after surgical extraction of mandibular third molars / T.H. Al-Khateeb, Y. Nusair // Int. J. Oral. Maxillofac Surg. - 2008. - V.37(3). - P. 264-268.

10. Joshi K.K. Anti-inflammatory effect of the serratiopeptidase-rational or fashionable: a study in rat paw oedema model induced by the carrageenan / K.K. Joshi, R.P. Nerurkar // Indian J. Physiol. Pharmacol. - 2012. - V.56(4). - P. 367-374.

11. Stammberger H.R., Kennedy D.W., Bolger W.E., et al. Paranasal sinuses: anatomic terminology and nomenclature / H.R. Stammberger, D.W. Kennedy, W.E. Bolger [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. (Suppl.). - 1995. - Suppl. 167 - Vol. 104. - №10, Pt 2. - P. 7-16.

Rereferces

1. Volkov A.G. Opredelenye tjazhesty tehnenya odnostoronnyh neoslozhnennyh eksudativnyh frontytov / A.G. Volkov, Y.V. Stagnyeva // Vesty. otorinolaryngology: Mater. V Vseros. konf. otorinolaryngologov. - 2006. - №5. - S. 202-203.

2. Garjuk G.Y. Dyskussionnye aspekty orbytal'nyh oslozhnenyj paranasal'nyh synusytov / G.Y. Garjuk [y dr.] // Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. - 2010. - №5. - S. 24-25.

3. Zavalij M.A. Morfolozhicheskye yzmenenija v slizystoj obolochke u bol'nyh hronycheskym gnojnym rynosynusytom / M.A. Zavalij // Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. - 2014. - № 4. - S. 21-27.

4. Zaharova G.P. Mukocilyarnaja sistema verhnyh dyhatel'nyh putej / G.P. Zaharova, Ju.K. Janov, V.V. Shabalyn - SPb.: Dyalog, 2010. - 360 s.

5. Lopatyn A.S. Ostryj rynosynusyt: etyologija, patogenez, dyagnostyka u ryncypny lechenija / A.S. Lopatyn, V.M. Svystushkyn // Klyn, rekomendacyy. - M.: Medycynskoe ynformacyonnoe agentstvo, 2011.-72 s.

6. Pal'chun V.T. Predupredyt' hronyzacyju y os-lozhnenija ostrogo vospalenyja LOR-organov / V.T. Pal'chun // Vestn. otorinolaryngology. - 2009. - № 2. - S. 4-6.

7. Smagyna T.V. Serratyopeptydaza v farmakoterapyi posleoperacyonnoho peryoda u pacyentov, perenesshyh rynyhyrurgycheskye vmeshatel'stva / T.V. Smagyna, Y.S. Zaryckaja // Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. - 2013. - №6. - S.88-93.

8. Sokolova O.G. Farmakoterapyja pacyentov posle operacyj na polosty nosa / O.G. Sokolova (Shkola klynycysta) // Med. vestr.: Ros. vrachebnaja gazeta. - 2012. - N 34 (7 dekabrja). - S. 14-15.

9. Al-Khateeb T.H. Effect of the proteolytic enzyme serrapeptase on swelling, pain and trismus after surgical extraction of mandibular third molars / T.H. Al-Khateeb, Y. Nusair // Int. J. Oral. Maxillofac Surg. - 2008. - V.37(3). - P. 264-268.

10. Joshi K.K. Anti-inflammatory effect of the serratiopeptidase-rational or fashionable: a study in rat paw oedema model induced by the carrageenan / K.K. Joshi, R.P. Nerurkar // Indian J. Physiol. Pharmacol. - 2012. - V.56(4). - P. 367-374.

11. Stammberger H.R., Kennedy D.W., Bolger W.E., et al. Paranasal sinuses: anatomic terminology and nomenclature / H.R. Stammberger, D.W. Kennedy, W.E. Bolger [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. (Suppl.). - 1995. - Suppl. 167 - Vol. 104. - №10, Pt 2. - R. 7-16.

Реферат

ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ФРОНТОТОМИИ
Лобурец А.В.

Ключевые слова: хронический фронтит, фронтотомия, синусотомия, гель гиалуронат натрия.

При проведении эндоназального хирургического вмешательства происходит нарушение целостности слизистой оболочки, конфигурации внутриносовых структур. Поэтому на этапе раннего послеоперационного периода важным является достижение полноценной эпителизации слизистой оболочки с восстановлением функционирования мукоцилиарной транспортной системы, дренажа и вентиляции синусов, носового дыхания. Цель исследования: повысить клиническую эффективность течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших эндоскопическую эндоназальную фронтотомию с применением в комплексной терапии геля гиалуронат натрия. Обследовано 36 пациентов, среди которых 23 составили исследуемую, и 13 - контрольную группу. Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство на лобной пазухе по методике Draf 2. После формирования соустья во фронтальный синус эндоназально вводили гель гиалуронат натрия объемом 5 мл. На 5 сутки исследования - повторное введение препарата. Выводы. 1. Хронические формы фронтитов в 80,56% проявляются в виде полисинусита и сочетаются с нарушениями внутриносовых структур в 77,78%. 2. Применение геля гиалуронат натрия в комплексном лечении пациентов с хронической формой фронтита позволяет достичь более выраженной положительной динамики основных симптомов хронического синусита. 3. Результаты исследования позволяют рекомендовать применение геля гиалуронат натрия интраоперационно и в послеоперационном периоде пациентам, которые перенесли ринохирургические вмешательства.

Summary

APPROACHES IN REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ENDONASAL FUNCTIONAL FRONTOTOMY
Loburets A. V.

Key words: chronic frontitis, frontotomy, sinusotomy, sodium hyaluronate gel.

Endonasal surgeries usually imply disturbances of mucous membrane integrity and configuration of intranasal structures. Therefore, at the stage of early postoperative period, it is important to achieve complete epithelialization of the mucous membrane and recovering of proper functioning of mucociliary transport system, drainage and ventilation of the sinuses, and nasal breathing. Objective: to improve the clinical efficacy of postoperative period in patients who passed through endoscopic endonasal frontotomy with application of sodium hyaluronate gel as a part of integrated therapy. The study involved 36 patients, 23 of whom made up a test group, and 13 individuals made up control group. All the patients underwent surgery on the frontal sinus as described in Draf 2. When the fistulas in the frontal sinus had been formed, sodium hyaluronate gel 5 ml was injected endonasally. On the 5th day of study we performed re-introduction of the drug. Conclusions: 1. Chronic forms of sinusitis in 80.56% appear as polysinusitis and are associated with impairment of intranasal structures in 77.78%. 2. Application of sodium hyaluronate gel in the combination therapy of patients with chronic sinusitis enables to achieve more expressed positive dynamics in the main symptoms of chronic sinusitis. 3. The results of the study allow us to recommend sodium hyaluronate gel in intraoperative and postoperative period for patients who underwent rhinosurgical intervention.