

ОГЛАВЛЕНИЕ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА	4
С.В.Кузнецов, Я.А.Накатис СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ПОЛОСТИ НОСА	6
С.З.Пискунов, С.П.Разиньков ЭСТЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КОСМЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКИ	13
Л.Г.Сватко, ИА.Студенцова, В.Н.Красножен, И.М.Будник ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА	18
С.А.Климанцев, С.В.Рязанцев, А.А.Скоромец КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕ- НЕНИЯ АУРИКУЛОДИАГНОСТИКИ В РИНОЛОГИИ	22
В.Н.Коршиков, И.Г.Медведкова НЕКРОЗ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПОСЛЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ	29
Т.П. Шелудченко СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МАГНИТОТЕРАПИИ И ПРИМЕ- НЕНИЕ МАГНИТНЫХ ЭФФЕКТОВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	30
СТЕНОГРАММА ДИСКУССИИ "ПРОБЛЕМЫ РИНОПЛАСТИКИ"	36
I КОНГРЕСС ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ	43
РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ "НИЗКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ И ХИРУРГИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ" Под редакцией Н.В.Мишенькина	88
ХРОНИКА	90
ИНФОРМАЦИОННЫЙ КАЛЕНДАРЬ	96

CONTENTS

Editorial Column	4
Kuznetsov S. V. , Nakatis Ya. A. Comparative analysis of some methods of radiologic diagnosis in diseases of paranasal sinuses and nasal cavity.	6
Piskunov S. Z. , Razinkov S. P. Aesthetic criteria for cosmetic rhinoplasty	13
Svatko L. G. , Studentsova I. A. , Krasnozhon V. N. , Budnik I. M. Experimental study of dimephosphone effectiveness in chronic maxillary sinusitis	18
Klimantsev S.A., Ryazantsev C.B., Scorometz A.A. Clinical aspects of auriculodiagnosis in rhinology	22
Korshikov V.N., Medvedkova I.G., Necrosis of inferior turbinates after ultrasound surgery. 29 Case report	29
Sheludtchenko T.P. Modern concept of magnetic therapy and its use in otorhinolaryngology	30
Rhinoplasty - Fireside discussion	36
I Congress of Russian Rhinologic Society	43
Nikolaev M.N. Abstract of the book "Low-frequency ultrasound therapy and surgery in otorhinolaryngology"	88
The latest news	90
	96

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА

В Санкт-Петербурге 16 - 18 мая произошло знаменательное для нас событие - состоялся Первый конгресс ринологов России. Об интересе со стороны врачей нашей специальности к ринологии говорит уже тот факт, что в работе конгресса приняли участие представители восьми республик бывшего СССР (Украины, Белоруссии, Казахстана, Молдавии, Литвы, Латвии, Эстонии, Азербайджана) и 42 регионов России. На конгресс прибыли многие известные ринологи мира. В числе иностранных гостей были Е.Хойзинг (Голландия) - главный редактор журнала "Rhinology", П.Ван Каувенберг (Бельгия) - Президент Международного общества ринологов, П.Клемент (Бельгия) - Генеральный секретарь этого общества, Ю.Керн (США) - член исполнительных комитетов Международного и Европейского обществ ринологов, Б.Петрусон и М.Стенквист (Швеция), Ф.Стакер (США), Й.Кайнц (Австрия), Ж.П.Буланд (Голландия), Садах Монейм (Кувейт). Были представлены тезисы 200 докладов, из них 116 было включено в программу конгресса. Прошли пленарные и секционные заседания. Демонстрировались зарубежные и отечественные видеофильмы с записями различных операций.

Конгресс подвел первые итоги нашей работы. Общество ринологов существует полтора года. За это время выпущено пять номеров журнала "Российская ринология", проведены три тематических конференции и конгресс. Если первое знакомство наших врачей с функциональной эндоскопической хирургией носа воспринималось как нечто фантастическое и сверхестественное, то уже на конгрессе в докладах прозвучала более спокойная оценка этого метода. Накопив определенный опыт в~ эндоскопической хирургии, авторы подметили ее недостатки. Совершенно по-новому прозвучали сообщения о риносептопластике, появились первые работы по решению проблемы храпа с позиций оториноларинголога.

На конгрессе были внесены некоторые изменения в Устав, вступил в должность новый президент общества профессор М.С.Плужников. Избран президент следующего конгресса - профессор Н.А.Арефьева. Следующий конгресс будет проведен через два года в Уфе. Дата проведения будет уточнена и опубликована в журнале, всем членам общества будут высланы приглашения и информация. Участникам следует заранее продумать темы своих сообщений, подготовить материал и выслать его в Оргкомитет. Нам следует взять за правило направлять только тезисы предполагаемых докладов и в срок не позднее, чем за полгода до конгресса, чтобы организаторы имели время подготовить материалы к публикации, заранее составить программу и разослать ее участникам. Многие тезисы поступили в Оргкомитет Первого конгресса с опозданием от авторов, которые не собирались делать доклады, программа конгресса была перегружена и ее пришлось в последний момент корректировать.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА

После окончания Первого конгресса ринологов было проведено собрание представителей регионов России, на котором был обсужден вопрос о возобновлении работы общества оториноларингологов. На последнем ЛОР съезде в Оренбурге не были избраны председатель и руководящие органы общества, и оно практически бездействовало. Проект нового Устава общества оториноларингологов был обсужден и принят на заседании межведомственного научного совета по оториноларингологии при Минздраве РФ и РАМН 4 февраля 1994 года. Для регистрации общества в Минюсте необходимо было выбрать инициативную группу. Собрание ЛОР врачей выбрало исполнительный комитет, а его председателем - профессора А.Аланцова. Таким образом, созданы все необходимые условия для возобновления деятельности ЛОР общества в России.

Главный редактор

Г. З. Пискунов.

Если Вы хотите получать журнал в 1995 году, Вам следует перевести десять тысяч рублей за годовую подписку на счет 4671555/893002 в Краснопресненском отд. коммерческого ЭЛБИМ-банка, корр. счет 161638 в РКЦ ГУ ЦБ РФ, МФО 201791 Клиническому ринологическому центру с отметкой - "Подписка на журнал". В стоимость подписки входит и рассылка журнала. Цена подписки может быть изменена в связи с процессом инфляции. Одновременно по адресу: 121614, Москва, а/я 4 необходимо выслать копию платежного документа и письмо с точным указанием адреса подписчика - индекс, город, улица, дом, квартира, полностью Ф.И.О. Удобнее организовать групповую подписку на общество или отделение. Ваша своевременная подписка даст Вам возможность получить новую научную и практическую информацию.

С.В.КУЗНЕЦОВ, Я.А.НАКАТИС

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ПОЛОСТИ НОСА

Военно-медицинская академия, Центральная медико-санитарная часть N122 МЗ РФ, Санкт-Петербург

Своевременная и точная диагностика заболеваний и повреждений околоносовых пазух (ОНП) и полости носа (ПН) является одной из актуальных проблем современной ринологии (В.М.Апрякина, 1971; Г.Г.Головач, 1976; Г.Г.Головач, 1978; Г.Н.Есиновская, 1973; М.Я.Козлов, 1985; А.И.Кручинина, А.Г.Лихачев, 1989; М.С.Плужников, А.А.Усанов, 1989; В.Ф.Антонив и соавт., 1990). Достаточно сказать, что 7% взрослого населения даже высокоразвитых стран страдает от хронической патологии околоносовых пазух (Г.З.Пискунов, 1991).

Традиционные методики рентгенологической диагностики поражений ОНП и ПН обеспечивают получение информативного диагностического изображения, однако схожесть рентгенологической картины различных по природе заболеваний, сложность интерпретации теней, особенно при многообразии анатомических вариантов строения ЛОР-органов, затрудняет, а иногда и искажает истинное их состояние (А.Л.Коссовой, 1989). Нередко такие варианты дают дополнительные тени, которые, по образному выражению М.Ф.Мафее (1986) "достоверно" имитируют патологический процесс.

Другим недостатком традиционных рентгенологических методик, ограничивающим их информативность в распознавании патологии ЛОР-органов, является невозможность визуализации всего комплекса мягких тканей в скрытых от эндоскопии участках, особенно на границах анатомических областей, в местах перехода патологического процесса на другие органы (А.Н.Кишковский и соавт., 1974; Н.С.Благовещенская, 1985; А.Л.Коссовой, 1986; В.И.Ковачев и соавт., 1990; Н.С.Благовещенская, 1992;).

Вследствие этого в клинической ринологии в настоящее время нередко возникают противоречия при лучевой диагностике поражения ЛОР-органов. Поэтому применение такого метода, как компьютерная томография (КТ), обладающего способностью одновременной визуализации костных и мягких тканей и проведения их прямой денситометрии с целью объективизации получаемой информации, представляется весьма перспективным.

Однако, единого мнения о возможностях этого метода в распознавании патологии ОНП и ПН до настоящего времени не существует. Более того, мнения авторов по некоторым вопросам носят диаметрально противоположный и, к сожалению, эмоциональный, а не рациональный, статистически обоснованный, характер. По сути, отсутствует единая концепция роли и места КТ в системе диагностических мероприятий при поражении ОНП и ПН. Поэтому изучение этих вопросов, в конечном счете способствующих улучшению результатов лучевой диагностики ринологической патологии, следует считать актуальным. В своей работе мы попытались осмыслить наш десятилетний опыт применения КТ в ринологии и определить как возможности, так и ограничения метода в диагностике ОНП и ПН.

Обследовано 511 пациентов с травмами и заболеваниями ОНП и ПН. Средний возраст их составил $43,4 \pm 4,7$ лет. Большинство больных (65,9%) были мужчины. Гистологическое подтверждение осуществлено у всех пациентов с опухолями, а также у 64,4% пациентов с воспалением ОНП и профессиональной пылевой патологией полости носа.

С целью определения роли и места традиционных рентгенологических методик (ТМ) и КТ в диагностике заболеваний и опухолей полости носа и околоносовых пазух из общего числа больных выделено 204 пациента с определенным диагнозом и исходом патологического процесса. Эти больные разделены на две равные группы, причем распределение их по диагнозам в обеих группах было примерно одинаковым.

В первой группе у пациентов учитывались только результаты КТ, во второй же принимались во внимание только результаты ТМ (полипозиционной рентгенографии и/или томографии). Больные в каждой группе были квалифицированы (распределены) по степени вероятности диагноза: 1 - определенная патология (90... 100% уверенности), 2 - вероятная патология (70...80%), 3 - возможная патология (50...70%), 4 - возможная норма (50...70% уверенности), 5 - вероятная норма (70...90%), определенная норма (90...100%).

Сравнение информативности ТМ и КТ проводили с помощью ROC-анализа. Методика его проведения и теоретическое обоснование разработаны нами совместно с сотрудниками Информационно-вычислительного Центра Комитета по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга, ЦМСЧ-122 МЗ РФ (С.В.Кузнецов и соавт., 1990; С.А.Четвертаков и соавт., 1990). В результате первого этапа анализа мы получили матрицы исходных данных для построения ROC-кривых и вычисления их характеристик.

Кроме нахождения точек ординаты и абсциссы ROC-кривой из таблиц были определены следующие статистические показатели: чувствительность метода (возможность с его помощью установить наличие патологии), специфичность (возможность установить отсутствие заболевания), безошибочность или "точность" диагностики (возможность установления правильного диагноза), а также уровень ложно положительных (вероятность признать больного здоровым) диагнозов. В литературе часто встречается термин

точность диагностики, однако, мы применяем термин "безошибочность", так как "точность" - это степень отклонения изучаемого параметра от заданного, номинального, истинного значения.

Подобные характеристики для КТ составили:

чувствительность = 0,936 (93,6%)

специфичность = 0,826 (82,6%) уровень

ложно положительных диагнозов =

0,173

уровень ложно отрицательных диагнозов =

0,063 безошибочность = 0,911 (91,1%)

Чувствительность иначе можно назвать "уровнем истинно положительных диагнозов", а специфичность - "уровнем истинно отрицательных диагнозов".

Чувствительность ТМ в распоз-График с ROC-кривыми КТ (1) и ТМ (2) навании заболеваний ПН и ОНП диагностики заболеваний полости носа и околоносовых пазух. составила 80,2%, специфичность - 61,9%, уровень ложно положительных результатов - 0,38, ложно отрицательных - 0,179; безошибочность метода была равна 76,4%. Распределение условий вероятности истинно положительных ответов по отношению к ложно положительным получило свое графическое изображение в виде ROC-кривых первого (КТ) и второго (ТМ) методов исследования (рис. 1). Характеристики ROC-кривых обоих методов представлены в таблице 1.

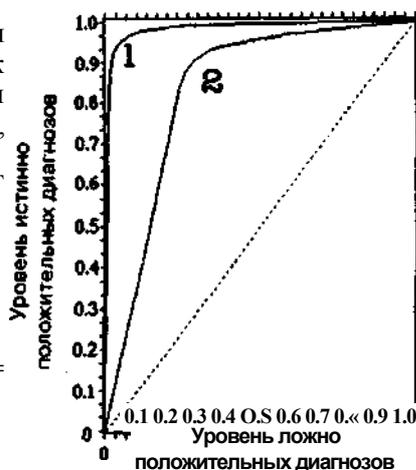


Рис. 1

Таблица 1

УРОВНИ ДИАГНОЗОВ	ХАРАКТЕРИСТИКИ	
	КТ	ТМ
Истинно положительные диагнозы	0.936	0.802
Ложно положительные диагнозы	0.173	0.380
Истинно отрицательные диагнозы	0.826	0.619
Ложно отрицательные диагнозы	0.063	0.179

При анализе графика на рис. 1 можно отметить, что ROC-кривые демонстрируют явные различия в информативности между КТ и традиционными методиками рентгенологической диагностики при преимуществах компьютерной томографии на всех уровнях доверия. Так, при уровне ложно

положительных ответов в 10% истинно положительные диагнозы при КТ составили 93%, в то время как при ТМ они лишь приближались к 75%. Поэтому мы считаем, что КТ является методом выбора в диагностике заболеваний полости носа и околоносовых пазух, причем вероятность "пропустить" заболевание здесь очень мала (0,063), в то время как для традиционных рентгенологических методик этот показатель оказался в три раза выше (0,179). При использовании ТМ гораздо чаще можно ожидать и ошибочных заключений о наличии заболевания. Последнее, по нашему мнению, было связано со сложностью интерпретации рентгенологической картины черепа, невозможностью точно определить характер мягкотканного образования в ОНП.

Если вновь обратиться к таблице 1, то можно заметить, что уровень ложно положительных диагнозов при КТ тоже довольно высок и составляет 0,173; это связано с нашей переоценкой выявленных на компьютерных томограммах патологических изменений: небольшое утолщение мягкотканной оболочки в пазухе при сохранении аэрации в начале нашей работы трактовалась как проявление хронического воспалительного процесса, в то время как в действительности это были лишь последствия перенесенных воспалительных заболеваний ОНП.

Помимо чисто визуальной оценки расположения ROC-кривых, различие в информативности КТ и ТМ при распознавании патологии в ПН и ОНП подтверждено при сравнении площадей под этими кривыми по методу J.Henley и V.McNiell (M.F.Mafee et al., 1986). Для КТ площадь под кривой составила $0,9664 \pm 0,01668$, а для ТМ $0,8418 \pm 0,0375$. Различия в площадях были статистически достоверны, так как при уровне риска $\alpha = 0,05$ и $\beta = 0,2$ необходимо было иметь не менее 27 больных и 27 здоровых пациентов. Компьютерная томография, таким образом, позволила нам уверенно судить о наличии и локализации поражения ПН и ОНП, а в большинстве случаев - и о характере патологического процесса.

Анализ ROC-кривых свидетельствует также и о бесспорном преимуществе компьютерной томографии перед традиционными методиками рентгенологической диагностики в распознавании заболеваний полости носа и околоносовых пазух. К аналогичным выводам мы пришли, сравнивая данные КТ и ТМ при разных патологических состояниях в различных пазухах.

При гипертрофии КТ позволила более точно, чем ТМ, определить отсутствие заболевания в верхнечелюстной пазухе (соответственно 28%/58%), лобной - (67%/76%) и клиновидной - (70%/82%). Анализ результатов, полученных с помощью традиционных методик рентгенологического исследования часто давал ложно отрицательные результаты, в то время как при КТ данные были определенными. Патологически измененная слизистая оболочка более, чем в три раза чаще определялась с помощью КТ в верхнечелюстных пазухах (51%/15%), в два раза - в лобной пазухе (18%/9%). Вместе с тем, возможности визуализации патологии в решетчатом лабиринте у части больных были ложными.

При полипозно-гнойном синусите с поражением верхнечелюстных и клиновидных пазух данные ТМ послужили основой для ложно положительных заключений в 7,3% и 17,1%, для лобной пазухи и решетчатой кости, напротив, характерными были ложно отрицательные результаты (8,6% и 9,8% соответственно). Чрезвычайно часто (41,5%) при ТМ врачи получали "сомнительные" данные о состоянии клиновидной пазухи. Интерпретация подобных же данных была затруднительна в 17,1% при изучении верхнечелюстных синусов и в 12,2% - лобных. Если состояние слизистой оболочки клиновидной и верхнечелюстной пазух можно было оценить достаточно достоверно с помощью обоих методов, то при исследовании решетчатой кости ошибочная интерпретация патологического поражения при ТМ составила

28,9% (ложно положительные ответы), а для лобной пазухи - 7,3% (ложно отрицательные заключения). КТ по этим показателям существенно превосходила ТМ в возможности правильно определить характер поражения ОН П. Кроме того, с помощью КТ удавалось наиболее полно визуализировать наличие признаков рецидива заболевания или отсутствия такового.

Однако, если проанализировать данные ТМ применительно к "типичным" клиническим ситуациям (острый синусит, одиночные полипы в ОНП, опухолевая деструкция), которые встретились более, чем в половине наших наблюдений, то безошибочность диагностики с помощью традиционных рентгенологических методик приближается к кривой КТ (рис. 2, табл.2).

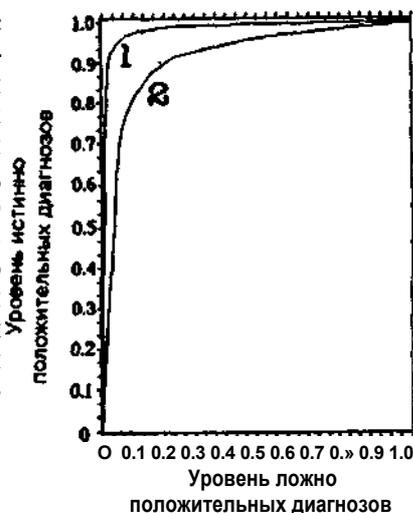


Рис. 2
График с ROC-кривыми КТ (1) и ТМ (2) диагностики заболеваний ОНП.

Таблица 2

УРОВНИ ДИАГНОЗОВ	ХАРАКТЕРИСТИКИ	
	КТ	ТМ
Истинно положительные диагнозы	0.936	0.934
Ложно положительные диагнозы	0.173	0.308
Истинно отрицательные диагнозы	0.826	0.615
Ложно отрицательные диагнозы	0.063	0.065

На рис. 2 можно видеть, что кривая информативности ТМ в типичных случаях приближается к кривой КТ, причем при сравнении площадей под ними различия статистически недостоверны. Традиционные методики при неосложненных воспалительных процессах в ОНП обладают достаточной чувствительностью (93,4%) при уровне ложно отрицательных данных всего 0,065, что сопоставимо с КТ, хотя специфичность метода остается невысокой (61,5%). Безошибочность диагностики таких поражений ОНП повышается существенно и составляет 86,4%, что обеспечивает хороший уровень распознавания болезни. Более того, в таблице 1 имеются данные, свидетельствующие о том, что при использовании ТМ имеется возможность ошибиться в большей степени в определении патологии у здорового пациента (0,38), нежели пропустить болезнь. Поэтому мы считаем, что в клинически ясных случаях направлять больного на КТ не требуется, в то время как в сложных диагностических ситуациях использование данного метода рентгенологической диагностики предпочтительно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Антонин В.Ф., Рабкин И.Х., Машаринов Р.Р. Компьютерная томография при заболеваниях лобных пазух // Вестн. оториноларингол. - 1990. - N3. - С. 7-11.
2. Апрыткина В.М. Специальные методики рентгенологического исследования в диагностике воспалительных заболеваний гайморовых пазух // Автореф. . . дисс. канд. мед. наук. - Л. - 1971.
3. Благовещенская Н.С. Внутричерепные осложнения при кистевидном растяжении лобных пазух // Вестн. оториноларингол. - 1985. - N2. - С. 3-6.
4. Благовещенская Н.С. Риносинусогенные внутричерепные осложнения и их диагностика на раннем этапе // Вестн. оториноларингол. - 1992. - N2. С. 43-47.
5. Головач Г.Г. О томографическом исследовании решетчатых лабиринтов. - 1976. - N6. - С. 11-19.
6. Головач Г.Г. Томография околоносовых пазух: Методические рекомендации для врачей-курсантов. - Л. , Б. и. - 1978.
7. Есиновская Г.Н. Краткое пособие по нейрорентгенологии. - Л. : Медицина, 1973.
8. Кишковский А.Н., Ковачев В.И. , Апрыткина В.М. Ортопантомография и ее значение в распознавании заболеваний верхнечелюстных пазух // ЖУНГБ. - 1974. - N2. - С. 7-12.
9. Ковачев В.И., Апрыткина В.М., Сигина О.А. Рентгенодиагностика повреждений головы, шеи и позвоночника. - Л. : Б. и. - 1990.
10. Козлов М.Я. Воспаления придаточных пазух носа у детей. - Л. : Медицина. - 1985.

11. Коссовой А.Л. Возможности объективизации анализа контуров околоносовых пазух при высокочастотной пространственной фильтрации изображения // Вестн. оториноларингол. - 1986. - N3. - С. 62-64.
12. Коссовой А. Л. Объективизация рентгенологической диагностики заболеваний околоносовых пазух // Автореф. . . дисс. докт. мед. наук. - Обнинск. - 1989.
13. Кручинина И.А., Лихачев А.Г. Синуситы в детском возрасте // М. : Медицина. - 1989.
14. Кузнецов С.В., Накатис Я.А., Четвертаков С.А. Количественное сравнение методов диагностики и лечения. Часть 2. Компьютерно-томографическая и традиционная рентгенологическая диагностика заболеваний полости носа и околоносовых пазух. / Рукопись депонир. в НПО "Союзмединформ". - Д-19593. - 13. 03. 1990.
15. Пискунов Г.З. XIII конгресс Европейского ринологического общества // Вести, оториноларингол. - 1991. - N5. - С. 82-85.
16. Плужников М.С., Усанов А.А. Диагностика и щадящее лечение сфеноидитов. - Л. : Б. и. - 1989.
17. Четвертаков С.А., Кузнецов С.В., Накатис Я.А. Количественное сравнение методов диагностики и лечения. Часть 1. Теоретическое обоснование. / Рукопись депониров. в НПО "Союзмединформ". Д-19481. - 03. 04. 1990.
18. Hanley J.A., McNiel B.J. A method of comparing the areas under receiver operating characteristics curves derived from the same cases // Radiology. -1983. - Vol. 148, N3. - P. 830-843.
19. Mafee M.F., Aimi K., Kahen H.L., Valvassori G.E., Capek V. Chronic otomastoiditis: a conceptual understanding of CT findings // Radiology. - 1986. - Vol. 160, N1. - P. 193-200.

Kuznetsov S. V., Nakatis Ya. A.
Comparative analysis of some methods of radiologic diagnosis in diseases of
paranasal sinuses and nasal cavity.

From 511 patients suffering from different kinds of rhinologic pathology 204 were picked out. The last were divided into two groups. Only data of CT scans were taken into consideration in the first group and only data of routine radiologic examination (RE) - in the second. Sensitivity of CT was found as 93,6%, RE - 80,2%, faultlessness - 82,6% and 61,9%, level of false positive results - 0,173 and 0,38, level of false negative results - 0,063 and 0,179. Faultlessness of nasal and paranasal sinuses diagnosis were 91,1% for CT and 76,4% for RE. Comparison in informativeness of these methods performed by ROC-analysis showed CT advantages in exact revelation of morphologic substratum of nasal and paranasal sinuses pathology. Otherwise in non-complicated cases of inflammatory diseases reliability of RE was almost the same as CT (sensitivity - 93,4%, level of false negative diagnoses - 0,065). RE in diagnosis of nasal and paranasal sinus pathology was faultless up to 86,4% of cases. Probability

of false positive result is higher than false negative. So if clinical presentation of disease is clear it's not necessary to perform CT, but in complicated diagnostic situation use of this method is preferable.

УДК 616. 211-089.844

С.З. ПИСКУНОВ, С.П. РАЗИНЫКОВ

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КОСМЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКИ

Кафедра оториноларингологии Курского медицинского
института

Хирургические вмешательства с целью замещения утраченного носа, исправления врожденных и приобретенных его деформаций, принадлежат к числу наиболее древних.

Единого мнения о красоте лица нет, однако большинство людей имеют примерно одинаковое представление о красивом носе. Дискуссия по проблеме риносептопластики на пленуме Российского общества ринологов 18-19/XI-93 г. убедительно доказала, что корригирующие операции в области наружного носа должны выполняться оториноларингологами, которые в отличие от врачей других специальностей (челюстно-лицевых хирургов, косметологов, трансплантологов) владеют также эндоназальными хирургическими вмешательствами. Однако в литературе, доступной для практических оториноларингологов, отсутствует информация об эстетических требованиях, которыми должен руководствоваться практический врач при проведении ринопластики.

В этой статье на основе анализа сведений, изложенных в отечественной и зарубежной литературе (А.Э.Рауэр, Н.М.Михельсон, 1954; Н.М.Михельсон, 1962; В.И.Воячек, 1963; Ю.И.Вернадский, 1973; А.И.Фришберг, 1984, М.Ф.Писаренко; 1990; Г.Пешкова, 1971; А.Magan, V.Lund, 1990), сопоставленных с собственными наблюдениями, мы сделали попытку обобщить требования, предъявляемые к косметической ринопластике.

Хирург не должен проводить ринопластику до тех пор, пока не освоит все основные типы корригирующих и эндоназальных хирургических вмешательств. Кроме хорошего знания типов операций и умения их выполнять необходимо взаимопонимание врача и пациента. Врач тщательно должен отбирать пациентов, знать их психический статус и запросы. В то же время пациент должен иметь представление о возможностях оперирующего хирурга.

Врач перед выполнением косметической операции должен всесторонне проанализировать нос относительно других частей лица, так как его положение и форма находятся в определенных соотношениях с размерами и формой глаз,

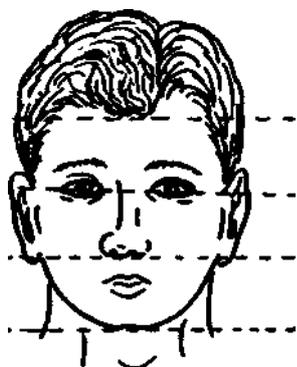


Рис. 1

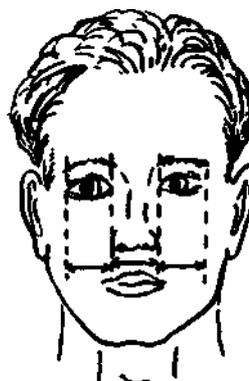


Рис. 2

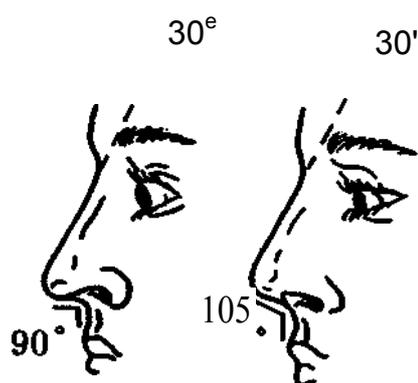
подбородка, особенностями кожи пациента. Кроме того, нос необходимо рассматривать в зависимости от возраста, пола, роста, веса и расы пациента.

В ринохирургии очень важно четко представлять, как нос изменится после операции. Для развития навыков анализа лица, оценки его изменения после пластики некоторые авторы рекомендуют начинающим хирургам брать уроки рисования и скульптуры, так как в пластической ринохирургии важным является формирование у врача пространственного мышления.

По нашему мнению, наиболее удобным для практики является деление лица на три равных этажа. Верхний этаж располагается от линии волос до корня носа, средний - от корня до кончика носа, нижний - от кончика носа до нижней точки подбородка. Нос идеальной длины занимает среднюю часть лица. Размеры верхней трети меняются в зависимости от линии роста волос, нижней трети - от размеров нижней челюсти и прикуса зубов (рис. 1)

При анализе лица во фронтальной позиции следует иметь в виду, что в норме расстояние между крыльями носа должно быть равно расстоянию между углами глаз. Вертикальная линия, проведенная через внутренний угол глаз, должна касаться крыльев носа (рис. 2). В этой позиции необходимо оценить степень отклонения носа от средней линии.

Как известно, верхняя треть носа состоит из костной ткани, две нижние трети - из хрящевой. Деформация и отклонения в костной части носа ведут к смещению от средней линии его хрящевой отдела. Кроме того, кончик носа может отклоняться и при искривлении четырехугольного хряща. При вывихе его в нижнем отделе колумелла смещается в ту или иную сторону, в результате чего ноздря на стороне искривления будет иметь меньший размер. При искривлении верхнего края четырехугольного хряща отмечается асимметрия крыльев носа за счет выпячивания латерального или крыльчатого хрящев.



30" всех случаях необходимо тщательно анализировать состояние носовых костей,

При осмотре пациента в латеральной позиции анализируется лицевой профиль, форма которого в значительной степени зависит от лобно-носового угла. Лоб может быть выпуклым, резко отклоняющимся кзади, вогнутым в средней или нижней части, вертикально поднимающимся кверху. У Венеры Милосской нет углуб-

ления в области переносицы, и

спинка носа и лоб колеблется между 25-30° (рис. 3). Он может быть изменен вследствие утолщения *m. procerus* (мышцы гордецов), которая начинается от костной спинки носа и апоневроза носовой мышцы и заканчивается в коже области гласселлы, соединяясь с лобной мышцей, заполняя промежуток между носовыми и лобной костью. Носогубный угол у мужчин должен быть около 90°, у женщин - 105°.

Если носогубный угол более 105°, то можно предполагать, что у пациента в детском возрасте был перелом лобно-решетчатой области с последующим замедлением роста носовых костей. Угол менее 90° можно увидеть у пациентов, у которых во время классической подслизистой резекции носовой перегородки была удалена передняя носовая ость верхней челюсти.

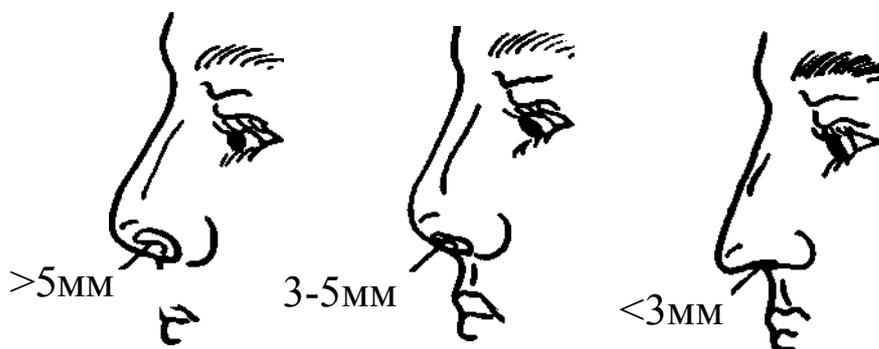


Рис. 4



Если провести линию от кончика к месту прикрепления крыла носа, то $\frac{2}{3}$ этой линии должны находиться впереди линии губ, а $\frac{1}{3}$ - позади нее (рис. 5). Край подбородка не должен выступать за линию губ и находится на вертикальной линии, соединяющей лоб с подбородком. Нижняя и верхняя губа должны также находиться на одной линии. У большинства пациентов линия профиля носа не будет абсолютно

прямой. Идеальный профиль имеет небольшое возвышение у нижнего края, в месте соединения носовых костей. При осмотре входа в нос необходимо обратить внимание на положение колумеллы, которая может быть отклонена вследствие искривления четырехугольного хряща или Ф-образно утолщена в связи с увеличением добавочных парных хрящей у ее основания, а также на размеры ноздрей, толщину крыльев носа.

В течение жизни форма носа подвергается существенным изменениям. До пятилетнего возраста новые кости еще не сращены, большую часть носа составляет хрящевой отдел. Кончик носа приподнят кверху, носогубный угол тупой, носолобный угол более 30° . Особенности носа взрослых людей описаны выше. После 45 лет кончик носа становится луковичеобразным, опускаются нижние латеральные хрящи, носогубный угол становится более острым. В возрасте старше 65 лет в связи с потерей зубов, резорбцией альвеолярных отростков подбородок выдвигается вперед и приближается к кончику носа, который еще более опускается. Вследствие атрофии мышцы гордецов увеличивается углубление у корня носа.

Как отмечалось выше, нос женщины имеет некоторые отличия от носа мужчины. Женщинам небольшого роста более подходит вздернутый кончик носа. В то же время для высоких женщин иметь вздернутый нос не очень привлекательно, так как люди постоянно обращают внимание на их ноздри. Важны также рост и телосложение. Большому лицу необходим большой нос, а маленькому - нос небольших размеров. При наличии нескольких дефектов носа и лица, анализ профиля обычно затруднен. Так, горбинка может скрывать длинный нос, седловидное углубление в области спинки носа создает

впечатление о коротком носе. Подбородок, скошенный кзади, делает нос длиннее, а выступающий подбородок укорачивает нос.

До операции и через месяц после ее выполнения пациента, нуждающегося в косметической ринопластике, необходимо сфотографировать. Фотографируют обычно в 6 проекциях: фронтальная, правая и левая боковая, правая и левая боковая с отклонением головы от средней линии на 45° и основная, при которой фотографируется основание носа с целью зафиксировать изображение контура крыльев носа.

Косметическая ринопластика должна сочетаться с септопластикой. Ригидная, резко искривленная носовая перегородка, вызывающая деформацию носа или нарушение носового дыхания, если не подвергнется хирургической коррекции, будет препятствовать достижению необходимого косметического эффекта.

Невозможно приобрести опыт ринопластики, читая книги по этой проблеме. Только постоянная хирургическая работа даст соответствующие практические навыки и хорошие результаты операций. Для начала лучше всего брать пациентов с простыми косметическими дефектами (горбатый, седловидный нос), на следующем этапе - освоить операции при сколиозах костного отдела носа, затем - начать оперировать больных с комбинированными деформациями носа и, наконец, в последнюю очередь, следует осваивать операции на хрящевом отделе носа.

На первых этапах освоения ринопластики следует избегать пациентов, нуждающихся в уменьшении большого носа, с маленьким носом, короткой или втянутой колумеллой, короткой верхней губой, где трудно без соответствующего навыка достичь стойкого удовлетворительного результата.

Знание анатомии, физиологии и патофизиологии носа, четкое представление о художественных нормах лица, хороший глазомер, владение широким диапазоном хирургических вмешательств увеличивают шансы на успешные результаты ринопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - Киев, 1973.
2. Воячек В.И. Ринортоз. - Л., 1963.
3. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. - М., 1962.
4. Писаренко М.Ф. Справочник по врачебной косметике. - Киев: Здоровье, 1990.
5. Пешкова Г. Пластические операции при косметических дефектах. - Прага, 1971.
6. Рауэр А.Э., Михельсон Н.М. Пластические операции на лице. - М., 1954.
7. Фришберг И.А. Косметические операции на лице. - М., 1984.
8. Maran A., Lund V. Clinical Rhinology. - New York., 1990.

**Piskunov S. Z., Razinkov S. P. Aesthetic
criteria for cosmetic rhinoplasty**

Based on analysis of publications on this topic and their own investigations the authors determine necessary aesthetic criteria which help to choose the preferable method of cosmetic rhinoplasty. Normal proportions of external nose, columella, forehead, lips, eyes in frontal, lateral and basal views, sex and age peculiarities of these proportions are described. Advantages of one-step rhinoseptoplasty are emphasized. Recommendations for training in this technique are given.

УДК 616. 216.1-002-085

Л.Г. СВАТКО, И.А. СТУДЕНЦОВА, В.Н. КРАСНОЖЕН, И.М. БУДНИК

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА**

**Кафедра оториноларингологии Казанского ГИДУВа.
Кафедра фармакологии Казанского мединститута им.
С.В.Курашева.**

Димефосфон - новый оригинальный отечественный препарат, синтезированный в Институте органической и физической химии им. А.Е.Арбузова Казанского научного центра РАН, экспериментально изучен на кафедре фармакологии Казанского мединститута им. С.В.Курашева. С 1983 года он применяется как антиацидотическое и мембраностабилизирующее средство (О.Б.Святкина, 1984; Л.И.Анчикова и соавт., 1988). В 1990 году на основании итогов клинической оценки местного применения препарата он разрешен для широкого клинического использования в качестве антисептического средства, повышающего барьерно-защитные функции кожи и слизистых оболочек, для лечения инфекционно-воспалительных и аллергических заболеваний кожи и слизистых оболочек в 15% водном растворе. Димефосфон выпускается заводом "Санитас" (г.Каунас) и п/о "Татхимфармпрепараты" (г.Казань).

Материал и методы

Воспроизведена модель воспалительного процесса слизистой оболочки верхнечелюстных пазух по методу Е.Н.Единака и соавт. (1985) на 20

кроликах-самцах породы шиншилла массой 1,9-2,2 кг. Всем животным под общим обезболиванием вскрывалась верхнечелюстная пазуха (калипсол внутримышечно из расчета 8 мг на 1 кг массы тела) со стороны лицевой стенки, устанавливалась полихлорвиниловая дренажная трубка фиксировалась кетгутowymi швами (С.З.Пискунов и соавт., 1987). Дренаж диаметром 0,4 см плотно закрывался резиновой пробкой. Микробную взвесь (золотистый стафилококк) по 1 мл, содержащему 1 млрд. микробных клеток вводили в верхнечелюстную пазуху через дренажную трубку.

Через 3 суток после заражения у 18 кроликов появились достоверные признаки острого воспаления верхнечелюстных пазух и полости носа, у 2 кроликов воспаление отсутствовало, и они были исключены из опыта.

Животные были разделены на 2 группы, по 9 в каждой. Кроликам контрольной группы в верхнечелюстную пазуху вводили 0,9% раствор натрия хлорида по 3 мл 2 раза в день, кроликам опытной группы в том же объеме - 15% раствор димефосфона 2 раза в день в готовой лекарственной форме. Лечение в обеих группах начинали со второго дня заболевания и продолжали в течение восьми последующих дней.

Эффективность лечения оценивали по характеру клинического течения заболевания. На 2, 5 и 10 дни эксперимента делали эндоскопическое исследование аппаратом фирмы "Olympus" ВЗР с фоторегистрацией слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и одновременным забором ее образцов для патоморфологического исследования. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином, толуидиновым синим и пиррофуксином по методу Ван-Гизона.

Результаты и их обсуждение

У всех кроликов контрольной и опытной групп на второй день заболевания наблюдали воспалительную реакцию в верхнечелюстных пазухах и полости носа, проявляющуюся периодическим чиханием, гиперемией и отеком слизистой оболочки, затрудненным дыханием через нос. При эндоскопическом исследовании верхнечелюстных пазух определялась яркая гиперемия и отечность слизистой оболочки с четко выраженным сосудистым рисунком. По данным патоморфологического исследования отмечены полнокровие сосудов и периваскулярный отек, отечность стромы, лимфоцелочная инфильтрация, единичные мелкоточечные кровоизлияния.

На пятый день заболевания у животных контрольной группы были снижены двигательная активность и аппетит. Слизистая оболочка носа была гиперемированной и отечной, в носовых ходах выявлялось умеренное количество слизистого или слизисто-гнойного отделяемого, носовое дыхание было затруднено. При эндоскопическом исследовании выявлены яркая гиперемия и отечность слизистой оболочки верхнечелюстных пазух, наличие фибринозного налета, первоначально исходящего из области естественного соустья. Патоморфология слизистой оболочки верхнечелюстных пазух у

животных этой группы характеризовалась картиной воспаления с формированием микроабсцессов, мелкие кровеносные сосуды были расширенными, полнокровными, в них наблюдались явления престаза и стаза, местами отмечались тромбоз, выраженный отек периваскулярной ткани, белковая и гидропическая дистрофия, десквамация мерцательного эпителия.

На десятый день заболевания животные контрольной группы были адинамичными, аппетит почти полностью отсутствовал, слизистая оболочка носа была гиперемированной, отечной, в полости носа определялось большое количество гнойного экссудата, дыхание через нос было резко затрудненным. При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка верхнечелюстных пазух была резко отечной, покрытой толстым фибринозным налетом. Отмечена картина выраженного гнойного воспаления с тотальной инфильтрацией слизистого и подслизистого слоев. Выявлены значительная клеточная лейкоцитарная инфильтрация, эмиграция плазматических клеток и лимфоцитов в просвет пазухи, явления стаза в сосудах, отек стромы и эндотелия. В клетках мерцательного эпителия происходили дистрофические изменения, отмечалась метаплазия эпителия.

В опытной группе на пятый день заболевания общее состояние животных не было нарушено, отек был незначительным, в полости носа выявлялось слизисто-гнойное отделяемое в небольшом количестве. Дыхание через нос было свободным. При эндоскопическом исследовании верхнечелюстных пазух отмечены незначительная гиперемия и отечность слизистой оболочки, фибринозный налет в области естественного соустья был меньшего размера, чем в группе сравнения. По данным патоморфологического исследования в слизистой оболочке верхнечелюстных пазух отмечалась картина нерезко выраженного воспаления. Мелкие кровеносные сосуды были расширенными, строма умеренно отечной, разрыхленной, в экссудате преобладали лимфоидные клетки, железистые структуры подслизистого слоя были инфильтрированы лимфоцитами. В клетках мерцательного эпителия выявились признаки белковой и гидропической дистрофии и десквамации.

На десятый день заболевания кролики опытной группы находились в удовлетворительном состоянии, слизистая оболочка полости носа была нерезко гиперемированной, с небольшим количеством загустевшего секрета. Дыхание через нос было свободным. Эндоскопическое исследование пазух не выявило различия с нормой. В слизистой оболочке не было признаков текущего воспаления. Она была покрыта однослойным многорядным призматическим мерцательным эпителием. При этом поверхность ее выглядела ровной, клетки правильно полярно ориентированными, базальная мембрана была четко выраженной, реснитчатые и бокаловидные клетки хорошо контурировались, в подслизистом слое наблюдалось лишь незначительное количество клеточных элементов (лимфоцитов и нейтрофильных лейкоцитов).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДИМЕФОСФОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА

Заключение

Сравнение результатов воздействия 15% водного раствора димефосфона на течение экспериментального гайморита у кроликов с результатами в контрольной группе выявило выраженное местное противовоспалительное действие димефосфона, что подтвердилось данными клинических, эндоскопических и патоморфологических исследований. Полное выздоровление кроликов опытной группы наступило на 9 день лечения, в контрольной группе воспалительный процесс в верхнечелюстной пазухе прогрессировал. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности клинической оценки эффективности местного применения димефосфона при гнойном синусите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анчикова Л.И., Валеева И.Х., Поздняк А.О. и др. К механизму антиацидотического действия димефосфона // Казанский меж. ж. - 1988. - N5. - С.362-363.
2. Гордеев В.В., Кравцов А.М., Мидлер Е.Д. Лечение, неотложная помощь, профилактика неспецифических заболеваний легких. - Саратов, 1988. - С.36-37.
3. Единак Е.Н., Яшан И.А., Смрщок С.А. и др. О влиянии пенициллина в различных концентрациях на ультраструктуру слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при экспериментальном гайморите // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1985. N3. - С.20-23.
4. Пискунов С.З., Разиньков С.П., Ерофеева Л.Н. и др. Исследование в эксперименте всасываемости лекарственных веществ, приготовленных на различной основе, слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1987. - N6. - С.20-22.
5. Святкина О.Б. Проблемы мембранной патологии в педиатрии. - 1984. - С.64-72.
6. Студенцова И.А., Заиконникова И.В., Визель А.О. и др. Димефосфон. // Рекламный проспект. - М., 1988.

Svatko L. G., Studentsova I. A., Krasnozhon V. N., Budnik I. M.

Experimental study of dimephosphone effectiveness in chronic maxillary sinusitis

The model of maxillary sinus mucosa inflammation has been reproduced in 20 buck rabbits. Under general anaesthesia indwelling catheter has been inseted in maxillary sinus and culture of Staphilococcus aureus has been injected. The animals have been divided into 2 equal groups. 3 ml of 0,9 per cent isotonic solution was injected into the sinuses of control group rabbits twice a day. Test group had 15 per cent dimephosphone solution injected. Endoscopy of sinuses with photodocumentation of maxillary mucosa condition and simultaneous pathomorphologic investigation of its samples were performed on the second, fifth

and tenth days of the experiment. Inflammation in maxillary mucosa was considerably diminished by dimephosphone. The test group rabbits fully recovered on the ninth day of treatment, with the inflammation progressing in control group. The results obtained call for clinical assessment of the effectiveness of the local use of dimephosphone for managing maxillary sinusitis.

УДК 616.211-079

С.А. КЛИМАНЦЕВ, С.В. РЯЗАНЦЕВ, А.А. СКОРОМЕЦ

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУРИКУЛОДИАГНОСТИКИ В РИНОЛОГИИ

Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи. Кафедра оториноларингологии и кафедра нервных болезней Санкт-Петербургского медицинского института им. акад. И. П. Павлова.

Ушная раковина является уникальным образованием с точки зрения разнообразия и плотности рецепторного поля, ей принадлежат афферентные соматические и висцеральные нервы, а на ее поверхности насчитывается около 170 биологически активных точек (БАТ). Такие соотношения сложились в процессе эволюции, и они представлены ветвями тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего нервов и шейного сплетения С₁ - С₄ (Ф.Г.Портнов, 1988; R.Bourdiol, 1975). Хотя каждому нерву принадлежит своя зона иннервации, из-за небольших размеров ушной раковины они взаимно перекрываются, анастомозируют друг с другом, замыкая рефлекторные дуги с участием центральной нервной системы (Р.А.Дуринян, 1982, 1983; Я.С.Песиков, С.Я.Рыбалко, 1990).

Импульсация от внутренних органов через афференты автономных и соматических нервов и проводящих путей достигает ядер ретикулярной формации ствола мозга. Ретикулярная формация имеет многочисленные афферентные входы и осуществляет анализ и интеграцию поступающей информации. Здесь заканчиваются пути восходящих систем к проекционным ядрам таламуса, утрачивается специфичность информации, и к клеткам коры направляются уже интегрированные сигналы (А.Д.Ноздрачев, 1983; Л.И.Сан-дригайло, 1988). При патологических процессах в полости носа эта информация поступает через соматовегетативные нервы (V и VII пара), формируя кольцевые рефлекторные связи (П.К.Анохин, 1968). Раздражение ретикулярной формации посредством данных связей включает систему отраженной афферентации и передается на яремный узел, откуда через X пару (нерв Арнольда) поступает

в определенные точки и зоны ушной раковины, изменяя их электрические характеристики (Е.С.Вельховер, 1973; Е.С.Вельховер, Ф.Н.Ромашев, 1974; Ф.Г.Портнов, 1988).

Учитывая эти нейроанатомические аспекты аурикулодиагностики, мы применили ее при некоторых формах патологии носа, одновременно определяя электропроводность (ЭП) в аурикулярных точках сердца. На основании предварительных изменений ЭП в БАТ мы пришли к выводу о возможности исследования этих параметров с одной стороны (чаще справа) в точках внутреннего носа и сердца N1. В 94% случаях эти показатели были симметричны, т. е. представительство было билатеральным. У 6% обследованных выявлена скрытая или явная "леворукость", и имелась контрлатеральная связь внутренних органов с точками уха. Такая закономерность была отмечена и другими авторами (Ф.Г.Портнов, 1988; T.Simon, 1987). Выбранные точки находились в зоне козелка и раковины, иннервируемых V, VII, IX, X нервами, четко локализовались и имели самые высокие величины электропроводности. Тесные функциональные взаимоотношения между сердцем и легкими нашли свое отражение в топографии точек ушной раковины; непосредственно у БАТ сердца N1 расположены две БАТ, корреспондирующие легкие.

Ранее нами было показано, что патологические процессы в полости носа через систему вегетативных и соматических нервов (V, VII и X) изменяют структуру ритма сердца на фоне преобладания парасимпатических влияний (С.В.Рязанцев, С.А.Климанцев, 1993). Поэтому мы поставили перед собой задачу оценить клиническое значение аурикулодиагностики в ринологии, диагностическую ценность метода и установить возможность применения этой методики при изучении рефлексов полости носа.

МЕТОДИКА И МАТЕРИАЛЫ

Изменение ЭП в аурикулярных БАТ производили аппаратом ПЭП-1 с учетом циркадных ритмов в утренние часы натощак. Электрод-зажим фиксировали на кисти, предварительно обработанной 70% этиловым спиртом. Переключатель микроамперметра устанавливали в положении "ПОИСК". Величина тока, выставляемая регулятором "ТОК", была постоянной и равнялась 30 мкА. Игла щупа подключалась к отрицательному выводу, уровень ЭП в БАТ определяли по шкале микроамперметра. Время исследований в одной точке не превышало 3 секунд. Измерение проводили в аурикулярных точках внутреннего носа и в точке сердца N1, находимых с учетом топографии и по сигнализации прибора.

Исследования ринокардиальных взаимоотношений проводились по модифицированной нами методике Р.М.Баевского (Р.М.Баевский, 1979; С.А.Климанцев, С.В.Рязанцев, Н.А.Русских, 1991). Наличие вегетативной дисфункции устанавливали по методике А.М.Вейна, с оценкой в баллах, причем у здоровых этот показатель не превышал 25 (А.М.Вейн, 1991).

Все обследованные были разбиты на следующие группы: здоровые - 31 человек; искривление носовой перегородки - 39 человек; вазомоторная ринопатия - 33 человека; полипоз полости носа - 33, сочетание с бронхиальной астмой - 37 человек. Группа больных с сочетанной патологией была включена в анализ, поскольку больные бронхиальной астмой имеют нарушения в системе холинергической регуляции, а взаимосвязь заболеваний верхних и нижних дыхательных путей доказана (Г.Б.Федосеев, М.С.Плужников, С.В.Рязанцев, 1986; Е.В.Гембицкий, Л.М.Печатников, 1986). Все пациенты прошли клиническое обследование с целью исключения экстра- и интракардиальных нарушений, способных вызвать изменения ЭП в БАТ сердца.

Обследуемым проводились следующие методы лечения: при искривлении носовой перегородки у 21 (53,8%) больного были выполнены различные виды септопластики, а у 18 (46,2%) больных септопластика сочеталась с подслизистой конхотомией. В группе больных вазомоторной ринопатией применялся широкий спектр лечебных мероприятий: воздействие на рефлексогенные зоны НИАГ-лазером - у 16 (48,5%); подслизистая конхотомия и вазотомия - у 5 (12,1%) и гальванокаустика - у 1 (3%) больного. При полипозе полости носа выполнялась преимущественно полипотомия - 29 (87,9%), в том числе в сочетании с воздействием НИАГ-лазером - у 2 (6,9%); криодеструкцией - у 1 (3,4%), конхотомией - у 4 (13,8%) больных. В связи с распространенным полипозным процессом гайморэктомию производили у 4 (12,1%), больных. В группе больных аспириновой триадой (сочетание полипоза полости носа, бронхиальной астмы и непереносимости салицилатов) виданотомия выполнена 32 (86,5%) больным, полипотомия - 4 (10,8%), криодеструкцию применили один раз (2,7%). Электропроводность в аурикулярных БАТ исследовалась до лечения, на 5 - 7 день после операции и через 1,5 месяца.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.

В таблице N1 представлены показатели электропроводности, а таблице N2 - исходные данные вариационных пульсограмм.

Из таблицы N1 видно, что в контрольной группе (здоровые) определялась исходно низкая ЭП в БАТ по сравнению с другими группами. Во всех случаях ЭП в точке внутреннего носа была выше, чем в точке сердца N1. Это обстоятельство, с одной стороны, подчеркнуло однородность исследуемых групп по ведущей форме патологии - заболеваниям полости носа, с другой - подтвердило факт что, патологические процессы в полости носа оказывают влияние на сердце и изменяют электрические характеристики в БАТ сопряженных систем.

Анализ основных показателей вариационных пульсограмм (увеличение Моды, вариационного размаха при снижении амплитуды Моды и индекса напряжения и увеличение ЭП в аурикулярных БАТ) позволил выявить существование значимой корреляционной связи между этими показателями,

т.е. оба метода синхронно реагировали на изменение гомеостаза. Характер изменений вариационных пульсограмм показал нарастание парасимпатических холинергических влияний на фоне изменения активности центрального контура регуляции в механизме автономного изменения (С.В.Рязанцев, А.А.Скоромец, С.А.Климанцев, 1993).

Таблица 1. Динамика электропроводности в аурикулярных точках (мкА)

	Контрольная группа		Искривление носовой перегородки		Вазомоторная риносинусопатия		Полипозная риносинусопатия		Полипозная риносинусопатия + бронхиальная астма	
	Тн	Тс	Тн	Тс	Тн	Тс	Тн	Тс	Тн	Тс
Исходные данные	3,61 ± 1,45	2,74 ± 0,99	11,2± 5,21	9,1 ± 5,69	25<4± 3,11	21,2± 3,74	26,6± 3,62	22,8 ± 4,36	27, 1± 3,51	23,8± 3,05
После операции	-	-	31,4± 4,18	33,6± 4,15	30,8± 3,49	26,7 ± 3,72	37,4± 2,44	33,3± 3,92	43,3± 3,47	40,5 ± 3,13
Через 1,5 месяца	-	-	10,8± 2,84	7,69± 2,88	15,4± 2,03	11,5± 2,31	18± 2,76	12,7± 2,52	21,3± 2,01	16,9± 2,91

Тн - точка внутреннего носа, Тс - точка сердца N1.

Таблица 2. Исходные данные вариационных пульсограмм

	Контрольная группа	Искривление носовой перегородки	Вазомоторная риносинусопатия	Полипозная риносинусопатия	Полипозная риносинусопатия + бронхиальная астма
Мо	0,796±0,0411	0,856±0,036	0,893 ±0,0878	0,941 ±0,1 18	0,978±0,123
АМо	27,3±3,16	23,6±2,47	19,8±2,19	15,5±3,16	12,2±3,59
ДХ	0,1 85 ±0,0 168	0,195±0,0147	0,228±0,0285	0,26±0,0335	0,299 ±0,0281
ИН	94,7 ±16,8	71,7±11,6	50,4 ±10,7	33,9±12,3	22±8,98
АМо/АХ	147 ±24,4	123±17,7	89,2±15,8	61,3±18,8	41,1±13,4

Мо - мода, наиболее часто встречающееся значение кардиоинтервалов, измеряется в секундах.

АМо - амплитуда моды; вероятность моды, выраженная в %, характеризующая симпатическую активность.

АХ - разница между максимальным и минимальным значением кардиоинтервалов, характеризует парасимпатическую регуляцию.

ИН - индекс напряжения, он характеризует степень напряжения компенсаторных механизмов.

АМо/ДХ - коэффициент, характеризующий соотношение симпатического и парасимпатического отделов.

Клинически в группах больных с вазомоторной ринопатией, полипозом носа и аспириновой триадой отмечались проявления вегетативной дисфункции (ваготонии), реже наблюдаемые у больных с искривлением носовой перегородки. Так, в группе здоровых лиц не отмечалось признаков вегетативной дисфункции, т.к. количество баллов по шкале Вейна не превышало 25. У больных вазомоторной ринопатией, полипозом и аспириновой триадой этот показатель всегда превышал 60 баллов.

Оперативное пособие, частью которого была деструкция и удаление патологически измененных тканей, в свою очередь вызвало еще большее увеличение ЭП в БАТ. Оно было закономерным и отражало реактивные изменения в полости носа и пазухах, находилось в прямой зависимости от объема оперативного вмешательства. У больных с аспириновой триадой выполнялась трансмаксиллярная субпериостальная виidianотомия, полипозтмидотомия. Показатели ЭП в аурикулярных БАТ у них были выше в среднем на 10 мкА по сравнению с другими группами. В то же время, в группе больных полипозным синуситом оперативные вмешательства были менее травматичны, что нашло свое отражение в электрических характеристиках БАТ. Аналогичные реакции были отмечены и при тампонаде полости носа. Следует отметить, что ЭП в точке сердца N1 была выше, чем в точке внутреннего носа в группе с искривлением носовой перегородки после оперативного вмешательства. Вероятно это связано с тем, что тампонада полости носа производилась особенно компактно и сама вызывала мощный ноцицептивный поток импульсов в тригеминоретикулярный комплекс, таламус и кору мозга (Ю.П.Лимановский, 1987; В.А.Михайлович, 1990). Это проявлялось трудно локализуемой диффузной головной болью, различными вегетативными реакциями функционального характера (чаще сердечно-сосудистыми), и они сохранялись до извлечения тампонов и восстановления носового дыхания (С.А.Климанцев и соавт., 1993; J.Jacobs et al., 1991).

Изучение динамики ЭП в БАТ показало, что она длительно сохраняется на уровнях, сравнимых с исходными, и достоверно снижается в среднем через 1,5 месяца после операции, что соответствует срокам репаративных процессов. В последующем ЭП снижается до более низких величин, но не достигает показателей группы контроля. Такой пролонгированный период восстановления электрофизиологических показателей можно объяснить и длительным нарушением интегративных процессов в центральной нервной системе, т.е. формированием патологической доминанты.

Полученные результаты дают основание считать, что вазомоторно-полипозная риносинусопатия является проявлением вегетативной дисфункции с преимущественным нарушением холинергической регуляции и этиологически связана с центральными механизмами.

ВЫВОДЫ:

1. Изменение электропроводности в биологически активных точках ушной раковины позволяет выявить патологический процесс в полости носа, однако не дает возможности судить о конкретной нозологической форме заболевания.
2. Аурикулодиагностика дает возможность количественно охарактеризовать патологический процесс и наблюдать его в динамике.
3. Несмотря на простоту и доступность метода, аурикулодиагностика требует тщательного методологического подхода. Нарушение методики изменений может приводить к получению ложных результатов.
4. Полученные с помощью аурикулодиагностики данные по заболеваниям полости носа коррелировали с данными, полученными другими методами (вариационная пульсометрия, исследование вегетативного обеспечения).
5. Применение аурикулодиагностики подтвердило роль вегетативного дисбаланса и центральных холинергических механизмов в развитии вазомоторно-полипозных процессов полости носа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. - М.: Медицина, 1968.
2. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 1979.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Заболевания вегетативной нервной системы. - М.: Медицина, 1991.
4. Вельховер Е.С. Экстерорецепторы лица и некоторые аспекты локальной диагностики и терапии: Автореф. дис. докт. мед. наук. - Москва, 1973.
5. Вельховер Е.С., Ромашев Ф.Н. Проекционные зоны лица и система отраженной дифференциации // Психическая саморегуляция. - Алма-Ата, 1974. - С. 320 - 322.
6. Гембицкий Е.В., Печатников Л.М. Нарушения холинергической регуляции у больных бронхиальной астмой // Тер. архив. - 1986. - N4. - С. 9 - 13.
7. Дуринян Р.А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии. - Ташкент, 1982.
8. Дуринян Р.А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. - Ереван: Айастан, 1983.
9. Климанцев С. А., Рязанцев С.В., Русских Н.А. Вариационная пульсометрия при пересечении видиева нерва // Вест. оторинолар. - 1991. - N3. - С. 13 - 15.
10. Климанцев С.А., Трешкур Т.В., Рязанцев С.В., Ховрунов Ю.И. Существуют ли риногенные нарушения ритма сердца? // I Международный конгресс по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца. - Санкт-Петербург, 1993. - С. 23 - 24.

11. Лиманский Ю.П. Рефлексы ствола головного мозга. - Киев. : Наукова думка, 1987.
12. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы. - Л., Медицина, 1987.
13. Песиков Я.С., Рыбалко С.Я. Атлас клинической аурикулотерапии. -М.: Медицина, 1990.
14. Портнов Ф.Г. Электростимуляторная рефлексотерапия. - 3-е изд. - Рига: Зинанте, 1988.
15. Рязанцев С.В., Климанцев С.А. К вопросу о ринокардиальном рефлексе // Российская ринология. - 1993. - N1. - С. 47 - 49.
16. Рязанцев С.В., Скоромец А.А., Климанцев С.А. Клиническое значение ринокардиального рефлекса // Журн. ушн. нос. и горл. бол. - 1993. - N4. - С. 37 - 41.
17. Сандригайло Л.И. Анатомо-клинический атлас по невропатологии. - Минск, 1988.
18. Федосеев Г.Б., Плужников М.С., Рязанцев С.В. Ринобронхиальный рефлекс у больных бронхиальной астмой // Тер. архив. - 1986. - N4. - С. 13 - 17.
19. Boudiol R. Embriogenese et auriculo-medicine // Gazz. med. ital. -1975. - Vol. 134, N5. - P. 221 - 223.
20. Jacobs J.R., Levine L.A., Davis H. et al. Posterior packs and nasopulmonary reflex // Laryngoscope. - 1981. - Vol. 91, N2. - P. 279 - 284.
21. Simon T.J. , Sussman H.M. The dual task paradigm: Speech dominance? // N. Engl. J. Med. - Vol. 25, N3. - P. 559 - 569.

Klimantsev S.A., Ryazantsev C.B., Scorometz A.A.
Clinical aspects of auriculodiagnosis in rhinology

Neuroanatomical, neurophysiological and clinical aspects of using auriculodiagnosis in rhinology are discussed. This method as well as methods of variational pulsometry and autonomic supply have been used in examination of 142 patients suffering from different rhinologic pathology. The data obtained make it possible to consider vasomotor and polypous rhinosinusitis as a kind of vegetatic disfunction related with disturbances of cholinergic innervation. The authors conclude that auriculodiagnosis may be used in rhinology as an objective diagnostic test.

НЕКРОЗ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПОСЛЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ

Кафедра оториноларингологии Курского медицинского
института

Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин (М.Е. Виницкий, 1978), являющаяся, безусловно, одним из щадящих и эффективных методов лечения вазомоторного и кавернозной формы гипертрофического ринита, успешно используются в ЛОР-клинике Курского медицинского института как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. За 5 лет выполнено 630 дезинтеграций. В 4 случаях отмечались носовые кровотечения из задних отделов полости носа в сроки от 4 до 10 дней после проведения операции, потребовавшие проведения передней тампонады и госпитализации больных в клинику. В связи с тем, что в литературе мы не встретили описания некроза носовых раковин после дезинтеграции, считаем необходимым поделиться следующим наблюдением.

Больная М., 16 лет, поступила в клинику 17/XI-93 г. с жалобами на затрудненное носовое дыхание, водянистые выделения из носа, утомляемость, периодическую головную боль. Считает себя больной около года, последние 3 месяца систематически пользуется инсталляциями в нос галазолина по 3-4 раза в сутки. Нижние носовые раковины при передней риноскопии отечны, синюшного цвета, закрывают общий носовой ход. После адренализации раковины сокращаются, восстанавливается просвет общего носового хода, нормализуется носовое дыхание. Другие ЛОР-органы без патологических изменений. Анализ крови и мочи в норме. На рентгенограммах околоносовые пазухи воздушны. 15/XI-93 г. больной произведена дезинтеграция нижних носовых раковин ультразвуковым хирургическим аппаратом ЛОРА-ДОН в режиме коагуляции интенсивностью 2 ($22,5 \pm 6$ мкМ).

В послеоперационном периоде кровотечения не было, отмечались умеренной выраженности реактивные явления. 17/XI-93 г. больная выписалась домой. Повторно обратилась в клинику 29/XI-93 г. с жалобами на выделения из носа вязкого гнойного секрета. При осмотре в общих носовых ходах обнаружен вязкий секрет, после его аспирации установлено, что слизистая оболочка и кавернозная ткань нижних носовых раковин, за исключением их задних концов, подвергалась некрозу. Пуговчатым зондом определяется шероховатая костная ткань. В амбулаторных условиях проводились аспирация секрета, введение в полость носа тампонов, пропитанных медикасолом,

инсталляции аэзола по 5 капель 3 раза в день. Завершение эпителизации поверхности носовых раковин отмечено 10/1-94 г. Выделения из носа прекратились, нормализовалось носовое дыхание и риноскопическая картина. Трудно дать какое-либо убедительное объяснение наблюдаемому нами осложнению. Не исключено, что при ультразвуковом воздействии подверглись разрушению сосудистые, нервные и железистые структуры собственного слоя слизистой оболочки и костной ткани. В указанном режиме дезинтегратор работает уже длительное время, и только у одной больной отмечалось некротические изменения нижних носовых раковин.

ЛИТЕРАТУРА.

Виницкий М.Е. Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин при гипертрофическом и вазомоторном ринитах. Автореферат дис. ... канд. мед. наук - М., 1978.

УДК 616. 21-08-039. 73

Т.П. ШЕЛУДЧЕНКО

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МАГНИТОТЕРАПИИ И ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНЫХ ЭФФЕКТОВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Отделение оториноларингологии Тамбовской областной больницы.

О лечебных свойствах природного магнита знали давно. Еще в трудах древних философов и врачей можно встретить упоминание о применении этого минерала с лечебной целью (Аристотель, III век до н.э., Плиний, I в. до н.э., Авиценна, XI в., Парацельс XIV в., Гильберт XVI в.). Однако, фактическое рождение магнитотерапии связано с именем аббата Ленобля, который в 1780 году открыл возможность изготовления магнитов и применения их для лечения некоторых заболеваний нервной системы.

Магнитное поле (МП) обладает выраженным противовоспалительным, противоотечным, а в силу этого и противоболевым действием, стимулирует репаративные процессы. МП с успехом применено для лечения обширных ожоговых, инфицированных ран, в хирургии - в послеоперационном периоде после гинекологических операций, для лечения травм глаза. Отмечено уменьшение отека тканей, быстрое заживление ран, уменьшение болевого

синдрома, уменьшение обсемененности ран, формирование более нежного и гладкого рубца (В.И.Гайдук, 1985; В.И.Галактионов, 1985; Н.Л.Крылов, 1987; К.Н.Арсанян, 1988). При воздействии магнитных полей в тканях развивается кратковременная постэкспозиционная реакция микроциркулярного русла, сопровождающаяся замедлением кровотока, переходящая затем в длительную интенсификацию микроциркуляции (А.М.Демецкий, 1979). Противовоспалительный эффект МП обусловлен скорее всего изменением свертывающей и противосвертывающей систем крови, улучшением ее микроциркуляции, а также выбросом гормонов, что способствует повышению иммунологической реактивности. Этим же определено влияние МП на процессы регенерации и репарации. Обезболивающий эффект связан с противовоспалительным действием МП и является вторичным (В.П.Богомолов, 1981).

Экспериментальными и клиническими исследованиями установлено, что при воздействии МП происходят изменения свойств крови (СОЭ, количественные и качественные сдвиги глобулиновых фракций и микроэлементов, повышение реактивности лейкоцитов и суммарной стойкости эритроцитов, продукции форменных элементов крови, вязкости, тромбопластической, свертывающей и антисвертывающей активности, а также сдвиги ионного состава. (А.В.Скринник, 1979).

Магнитное поле обладает выраженным противоаллергическим действием, уменьшает содержание гистамина и Ig E в крови, активно влияет на кининовую систему. Импульсное МП с успехом применено для лечения больных с крапивницей, алергодерматозами, контактными дерматитами, псориазом. (В.А.Сидоренко, 1980; Р.Н.Волошин, 1985; Л.Цветков, Н.Шишкова, 1987).

В последние годы в медицине стали применяться не только магнитные поля, но и магнитные жидкости. Антимикробное действие магнитных жидкостей сильно выражено. Инкубирование микроорганизмов (золотистый стафилококк) с магнитными жидкостями показало, что при соотношении 1 микроб к 10⁻¹⁰ частиц магнита рост микробов затормаживается или полностью подавляется. При этом в надосадочной среде после отстаивания в магнитном поле отмечается абсолютная стерильность. (М.ГЛАхалая и соавт., 1991).

Применение магнитных жидкостей в медицине обширно. Рентгеноконтрастность магнитных жидкостей, возможность активного управления, длительного удержания в заданной области, депонирование их под влиянием постоянного магнитного поля используется для рентгенодиагностики. Способность магнитной жидкости к агрегации и уплотнению под влиянием магнитного поля используется в медицине для тромбирования кровеносных сосудов, с целью закрытия аневризм головного мозга, некроза опухолей различной локализации, остановки кровотечения. Ферромагнетики используются для магнитоуправляемого транспорта лекарственных средств. Создаются микрокапсулы из феррочастиц и лекарственного вещества. Хороший эффект получен при лечении этим методом опухолей адриамицином, карминомицином. Способность концентрироваться вблизи магнита позволяет применять магнитные жидкости для закрытия наружных свищей полых органов.

Ряд авторов считают перспективным использование магнитных жидкостей для усиления повреждающего действия лазера на опухоль и создание в ней локальной гипертермии посредством их нагрева высокочастотным магнитным полем.

Помимо магнитных жидкостей для магнитотерапии используются магнитные мази, которые лучше удерживаются на коже и слизистых, чем жидкости, обладают наведенным после процедуры магнитным полем, тем самым пролонгируя и магнитное, и медикаментозное воздействие.

Появился оригинальный метод лечения - магнитоакупунктура, достоинством которого является простота и отсутствие повреждающего действия на кожу. На БАТ наносится магнетитовая мазь из тюбика в размерах от 3 мм до 5 мм. Воздействие источником электромагнитного поля "Магнитер" - в течение 10-20 минут курсом 8-10 процедур (Т.Е.Белоусова, О.Г.Черкасова, С.Н.Цыбусов и соавт., 1991).

В оториноларингологии магнитотерапия стала применяться с 70-х годов. Магнитофоры в виде аппликационных пластин или трубок были применены Л.А.Парузяном (1975) для лечения негнойных заболеваний уха у 50 больных. Ю.А.Александровским, В.Б.Иоффе (1980) - при наружном, остром, хроническом и среднем отите, Э.А.Тамблевым, Е.М.Канером (1977) - при комплексном лечении лиц, страдающих хронической аллергической риносинусопатией, В.Г.Пальчуном (1978) - для лечения больных вазомоторным ринитом. Т.Н.Леонтьева (1989) применила внутрисполостной магнит в послеоперационном периоде у больных после ультразвуковой этмоидотомии с хорошим терапевтическим эффектом.

Помимо постоянного магнитного поля в оториноларингологии применялось и применяется переменное магнитное поле низкой частоты. Е.В.Рыболовлев и соавт. (1978) установили, что при остром рините, ринопатии и полипах носа переменное МП оказывает терапевтический эффект как при непосредственном воздействии на больной орган так и через биологически активные точки, в которые при иглорефлексотерапии обычно вводят специальные иглы. М.С.Михайловский и соавт. (1980), проводя лечение 112 больным вазомоторным ринитом с помощью магнитного поля при индукции 2400 - 4000 А получили отличные результаты у 58 больных, хорошие - у 34, удовлетворительные — у 12, неудовлетворительные - у 8. А.И.Муминов и соавт. (1978) при различных ЛОР-заболеваниях у 820 больных (острое воспаление наружного и среднего уха, фурункул носа, острый катаральный синусит, вазомоторный ринит) применили изготовленный ими однополюсный магнит с магнитным полем 50 Гц. После поведения 1 - 2 курсов лечения у 50% больных наступило выздоровление. В. В. Озинковский (1980) проводил лечение аппаратом конструкции Киевского НИИ оториноларингологии пульсирующим магнитным полем 50 Гц в непрерывном режиме с индукцией 50 МТ, градиентом 10 МТ больным со следующими нозологическими формами: все виды ларингитов, острое реактивное (послеоперационное) воспаление и отек гортани, трахеи, острый влажный дерматит вокруг трахеостомы у ларингэктомированных

больных, послеоперационный шейный ганглиолит, хронический гайморит др.. Все обследованные хорошо переносили магнитотерапию. Клиническое выздоровление отмечено у 43 больных, улучшение - у 24, без изменений - у 3. Магнитотерапия ЛОР-заболеваний по описанной методике не оказывает существенного влияния на частоту пульса и показатели АД, а в ряде случаев, по данным ЭКГ-исследований, даже несколько улучшает функциональное состояние миокарда.

В последние десятилетия интерес к магнитотерапии в оториноларингологии сохраняется. А.З.Лурье, В.Н.Егоров (1982) применили переменное магнитное поле с индукцией 30 МТ для лечения больных с экссудативным средним отитом. М.Н.Николаев и соавт. (1984) использовали влияние магнитолазеротерапии на течение воспалительного процесса при хроническом отите. Лечение осуществляли полупроводниковым лазерным световодом в сочетании с магнитом. Напряженность магнитного поля 30-35 МТ, экспозиция 1,5-3 мин., число сеансов 6-10. Метод оказал хороший клинический эффект, создал "сухое ухо" более чем у половины больных.

Ю. А. Руденко (1978) применил магнито- и бета-терапию для лечения воспалительных заболеваний слуховой трубы. Магнитотерапия проводилась излучателем, введенным через нижний носовой ход к глоточной трубе, закрепленной оливой во входе в нос. Плотность магнитного потока 10 мТл, время - 10 мин, 10 сеансов. Улучшение получено у 62% больных. В.В.Озинковский, В.И.Луценке (1985) использовали для лечения болезни Меньера аппарат "Полус-1" (пульсирующее магнитное поле частотой 50 Гц на сосцевидные отростки длительностью 15 мин., 10 процедур). После 3-4 процедур больные отмечали улучшение сна, устойчивость походки, прекращение приступов, слух улучшался на 5-10, нормализовалась реоэнцефалограмма. Положительных результатов лечения нейросенсорной тугоухости и шума в ушах достигли А.И.Драчук, А.М.Ганжа (1989), применив аппарат "Магнитер" у 126 больных с нейросенсорной тугоухостью, пресбиакузисом, отосклерозом, болезнью Меньера. Уменьшение шума достигнуто у 34% больных. Результаты лечения подтверждены электроакустическими исследованиями. Е.В.Демченко (1988) с успехом применил низкочастотное магнитное поле в комплексном лечении больных с функциональными заболеваниями гортани, предложил стимулирующую и релаксирующую методики для гипотонусной и спастической дисфонии. Лучшие результаты лечения получены у больных с функциональной афонией и функциональной гипотонусной дисфонией. В.И.Коченов и соавт. (1991) использовали ферромагнитную мазь для мирингопластики. После деэпитализации барабанной перепонки и подготовки ложа магнитную мазь точечно наносили на внутреннюю поверхность барабанной перепонки, укладывали пластический лоскут на перепонку и на поверхность лоскута ставили кусочки самарий-кобальтового магнита. Достигалось плотное прилегание лоскута к перепонке. Регенерация наступала в течение 7-10 дней. Кусочки магнита снимали с лоскута. Мазь эвакуировалась через слуховую трубу.

Благодаря противовоспалительному, противоотечному, усиливающему репарацию тканей действию, магнитотерапия нашла применение в ринологии. В.П.Карпов, НД.Тороповцев (1982, 1984) успешно использовали переменное магнитное поле для лечения аллергических ринитов и полипозов. Улучшение получено у 78% больных. Отмечена корреляция между объективным состоянием больных, функциональными показателями слизистой оболочки полости носа и сдвигом секреторного иммуноглобулина А в сторону нормы.

К.А.Ходырев и соавт. (1985) изучали действие пульсирующего магнитного поля (ПМП) на течение иммунного воспаления при аллергических поражениях верхних дыхательных путей. При гистологическом исследовании полипов после ПМП терапии отмечено влияние на микроциркуляторное русло, полимеризацию сосудистых мембран, прекращение лейко- и лимфоцитарной инфильтрации, уменьшение числа эозинофилов и их дегрануляция, активная резорбция жидкости из полипов. Г.М.Портенко (1989) применил местную магнитотерапию для противорецидивного лечения больных с полипозным риносинуситом. Магнитотерапия проводилась аппаратом "Магнитер" на область боковых поверхностей носа в течение 20 минут. В отдаленном периоде число рецидивов заболевания уменьшилось на 5%.

Разнообразие биологического действия магнитного поля создает предпосылки для создания на его базе новых методов лечения и широкого применения магнитотерапии в ринологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Белоусова Т.Е., Черкасова О.Г., Цыбусова С.Н., Белоусова Г.Н. Применение ферромагнитной мази для потенцирования магнитоакупунктуры // IV Всесоюзная конференция по применению магнитных жидкостей в биологии и медицине. - Сухуми, 1991. - С. 25-28.
2. Волошин Р.И. Лазеро- и магнитотерапия больных псориазом: Автореф. . . . - дис. канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 1985.
3. Драчук А.И., Ганжа А.М. Магнитотерапия при нейросенсорной тугоухости и шуме в ушах // Тезисы VII съезда оториноларингологов Украины. Киев. - 1989. - С. 61.
4. Демецкий А.М., Сурганова С.Ф., Попов Л.И. и др. Влияние магнитного поля на микроциркуляцию // Здоровоохранение Белоруссии. - 1979. - N12. - С. 3-5.
5. Демченко Е.В., Иванченко Г.Ф., Орлова О.С. Применение низкочастотного магнитного поля в комплексном лечении узелков голосовых связок у профессионалов голоса // Тезисы докладов научно-практической конференции. - Курск. - 1987. - С. 133-135.
6. Земсков В.С., Корпан Н.Н., Хохлич Я.И. и др. Влияние электромагнитного излучения низкой интенсивности миллиметрового диапазона на течение раневого процесса // Клиническая хирургия. - 1988. - N1. - С. 31-33.

7. Кальметьев Г.Г., Иванов Т.С., Кийко Ю.И. Заживление ран роговицы при воздействии постоянного магнитного поля в эксперименте // Вестн. офтальмологии. - 1978. - N3. - С. 34-47.

8. Кикут Р.П., Николаев Д.Д. Варианты воздействия магнитного поля на локальные процессы тромбообразования // Актуальные вопросы магнито-биологии и магнитотерапии. - Ижевск. - 1981.

9. Коченов В.И., Шахов А.В., Цыбусов С.Н., Черкасов О.Г. Пластика барабанной перепонки с помощью ферромагнитной мази // IV Всесоюзная конференция по применению магнитных жидкостей в биологии и медицине. - Сухуми - 1991. - С. 47-48.

10. Леонтьева Т.Н. Ультразвуковая этмоидотомия в сочетании с внутрисполостной магнитотерапией при хроническом полипозном этмоидите // Вестн. оторинолар. - 1989. - N4. - С. 38-41.

11. Лурье А.З., Егоров В.Н. Лечение экссудативного среднего отита переменным магнитным полем // VIII съезд оториноларингологов СССР. Суздаль. - 1982. - С. 63.

12. Озинковский В.В. Применение низкочастотного переменного и постоянного магнитных полей в оториноларингологии // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1981. - N6. С. 74-77.

13. Озинковский В.В. Характеристика лечебного действия низкочастотного магнитного поля при некоторых ЛОР-заболеваниях // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1985. - N5. С. 45-48.

14. Озинковский В.В., Луценко В.И. Магнитотерапия болезни Меньера // Магнитные поля в биологии, медицине и в сельском хозяйстве. Ростов-на-Дону. - 1985. - С. 191-192.

15. Сидоренко В.А. Терапия в клинике и эксперименте постоянным магнитным полем контактного дерматита аллергического генеза // Проблемы патологии в эксперименте и клинике. Львов. - 1980. - Т. 4. - С. 145-146.

16. Скринник Л.В. Современное состояние проблемы магнитотерапии и использование магнитных полей в офтальмологии // Офтальмологический журнал. - 1979. - N8. С. 500-505.

17. Руденко Ю.А. Магнито- и бета-терапия при воспалительных заболеваниях слуховой трубы. Автореф. . . . - дис. канд. мед. наук. - Киев, 1987.

18. Рыболовцев Е.В. Центральная и периферическая гемодинамика у больных гипертонической болезнью при лечении магнитопунктурой переменным магнитным полем // Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. - Рига. 1985. - С. 94-95.

19. Ходырев К.А., Шабанов А.М., Лубашевский В.Т., Портенко Г.М. Влияние пульсирующего магнитного поля на течение иммунного воспаления при аллергических поражениях верхних отделов дыхательных путей // Магнитные поля в биологии, медицине и сельском хозяйстве. - Ростов-на-Дону. - 1985. - С. 130-131.

20. Цветкова Л., Шишкова Н., Линева Н. и др. Влияние магнитного импульсного поля на больных с крапивницей // Вопросы курортологии и физиотерапии. - 1987. - N2. - С. 35-36.

21. Черкасова О.Г., Харитонов Ю.Я., Гонин А.А. и др. Изучение кинетики высвобождения лекарственных веществ из суспензионных магниточувствительных мазей на абсорбционной основе // III конференция по применению магнитных жидкостей в биологии и медицине. - Сухуми. - 1989. - С. 27-28.

Sheludtchenko T.P. Modern concept of magnetic therapy and its use in otorhinolaryngology

In spite of diamagnetic nature of human body magnetic field shows express biological action on it. Its action manifests in decreasing oedema, inflammation and pain and stimulating tissue reparation. Direct and alternating types of magnetic field as well as different kinds of magnetic liquids (magnetophones) are used in medicine. New methods of magnetophoresis and magnetoacupuncture were elaborated. Magnetotherapy have proved its effectiveness in ENT. Good results were obtained in treatment of allergic rhinosinusitis, neurosensory hear loss and Meniere's disease. Magnetic therapy is used after laryngectomy and endonasal surgery. Variable directions of its biological action enable opportunity for establishing new methods of treatment.

УДК 616.211-089.844

СТЕНОГРАММА ДИСКУССИИ "ПРОБЛЕМЫ РИНОПЛАСТИКИ"

Конференция "Ринопластика и коррекция внутриносовых структур". Москва, 18 ноября 1993 года

Модератор: Г.З.Пискунов, докт. мед. наук. Клинический ринологический центр (Москва).

Участники: С.З.Пискунов, проф., зав. ЛОР каф. Курского мед. ин-та. Н.А.Арефьева, проф., зав. ЛОР каф. Башкирского мед. ин-та. Ю.А.Устьянов, докт. мед. наук, зав. ЛОР отд. Липецкой обл. б-цы. А.И.Неробеев, проф., зав. отд. восстановительной хирургии ЦНИИС.

Г.З.Пискунов: Риносептопластика - специфическая проблема. По прослушанным докладам возникает много вопросов. Наша дискуссия направлена на то, чтобы прояснить некоторые моменты. Первый вопрос - это вопрос о терминологии. Какой нос нуждается в коррекции? Какие виды деформаций

носа существуют? Иногда мы видим правильной формы нос, а пациент или чаще всего пациентка требуют операции. В то же время больные с выраженными деформациями, в ситуациях, когда страдает носовое дыхание, отказываются от предложенной операции. Для того, чтобы составить план предполагаемого лечения нужно договориться о единой терминологии и правильной формулировке диагноза. Первый вопрос к участникам дискуссии: какие виды деформаций носа Вы считаете показанием к коррекции? Какие операции Вы производите в данных случаях?

Ю.А.Устьянов: Во-первых, это наиболее распространенная деформация - сколиоз носа, западение спинки носа, горбатый нос и комбинированные деформации. Эти виды требуют операции. Несколько отходя от заданного вопроса, хочу подчеркнуть, что ЛОР врач должен участвовать в лечении всех тех случаев, когда имеется нарушение архитектоники полости носа. Если дефект чисто косметический и не сопровождается нарушением носового дыхания, его могут устранять челюстно-лицевые хирурги. Мы не можем пока сравниться с ними в искусстве пластической хирургии.

С.З.Пискунов: Один из кардинальных вопросов, которые необходимо решить, - это вопрос о классификации деформаций. В материалах пленума есть только одна работа профессора А.И.Кицеры по этому вопросу. Если мы сегодня не примем никаких решений по классификации, то этот вопрос нам нужно будет разрабатывать позднее. От этого будет зависеть тактика лечения. Диапазон операций именуемый термином "ринопластика" очень широк. Считаю, что помимо той патологии, о которой сказал доктор Ю.А.Устьянов, ЛОР врачи должны брать на себя и все деформации хрящевого отдела: широкие крылья, широкий кончик носа, коллапс крыльев и т. д., особенно в случаях если это связано с эндоназальной реконструкцией.

Н.А.Арефьева: Больной приходит к нам независимо от вида и выраженности деформации. И мы должны исходить из этого, чтобы помочь больному, а потом уже обсуждать план операции и ее объем.

А.И.Неробеев: Я согласен с Ниной Алексеевной потому, что вид операции определяет больной. Хотя я и представляю оппонирующую сторону, мы довольно много занимаемся косметикой и восстановительной хирургией. Представьте себе ситуацию, когда к вам приходит больной со страшным сколиозом носа и просит прооперировать его торчащие уши. Вы вынуждены будете это сделать. Я спросил своего коллегу из США: "Скажи, если к тебе придет пациент и попросит пересадить ушную раковину на нос, как на картине С.Дали, что ты сделаешь?" Он ответил: "Если он принесет мне бумагу от своего адвоката, я сделаю то, что нужно пациенту. Мы должны удовлетворять интересы клиента."

Что касается классификации, то существуют классические зарубежные публикации на эту тему. В некоторых докладах я видел слайды с рисунками из этих книг. Следовательно, многим это известно, нам не нужно придумывать свою классификацию, нужно только довести эти сведения до русскоязычного читателя.

Г.З.Пискунов: Вот такой широкий диапазон ответов. Следующий вопрос: Как Вы поступаете когда больной настаивает на операции, а Вы не находите для нее достаточных показаний?

А.И.Неробеев: Прежде всего мы должны оценить психический статус пациента и свои возможности в данной ситуации. Я, например, знаю, что вряд ли смогу улучшить нос пациенту если допуск 1 - 1,5 мм, а больной требует коррекции. Если я имею пациента с большим горбатым носом, то это совсем другая ситуация. Нужно просто обсудить с больным план операции и учесть противопоказания, которых немного. Когда дело касается косметической хирургии носа, большое значение имеет психическое равновесие больного. Требования бывают очень высокими, я не раз встречался с конфликтными ситуациями, когда в течение года больному переделывали нос по 4-5 раз новые хирурги в связи с тем, что больной предъявлял все новые и новые требования. В результате получалось нечто ужасное. Конечно, были и более серьезные, обоснованные жалобы. Среди наших пациентов есть большой процент людей с нарушенной психикой. Поэтому первый вопрос - это психический статус больного, а уже второй - технические детали.

Н.А.Арефьева: Когда больной идет на пластическую операцию, он всегда ожидает, что с операционного стола он встанет с более красивым носом, чем был у него при рождении. Поэтому до операции важно провести правильную беседу с больным, чтобы он не рассчитывал на слишком многое.

С.З.Пискунов: Именно в этом и заключается вся проблема. Когда мы видим четкий дефект, мы легко устраняем его. Проблема возникает тогда, когда такого дефекта нет, а пациент требует вмешательства. Здесь нужно руководствоваться известным правилом: не тот хороший хирург который сделал блестящую операцию, а тот кто воздержался от ненужной. Последнее бывает сделать очень не просто.

Ю.А.Устьянов: Все участники дискуссии сказали практически одно и то же, я полностью с ними согласен и лишь приведу такой пример. В институте красоты я присутствовал на приеме доктора Руденко. Из десяти обратившихся к нему с просьбой устранить дефект носа для операции он отобрал троих, троих отправил к психиатру, а остальных убедил в том, что их нос подходит к их лицу.

Г.З.Пискунов: Считаете ли Вы необходимым производить ринопластику и септопластику одномоментно или разделять их во времени?

Ю.А.Устьянов: Я всегда произвожу РСП одномоментно. В случаях нарушения носового дыхания часто не удается восстановить архитектонику полости носа без устранения косметического дефекта.

С.З.Пискунов: Полностью согласен с Юрием Андреевичем. Возможно, нужен какой-то переходный период для врача, который только осваивает эту технику, чтобы хорошо научиться владеть методами ринопластики и коррекции эндоназальных структур.

Г.З.Пискунов: Мнение всех участников едино. Хочу отметить одно обстоятельство. РСП необходимо уметь делать хорошо, так как переделать будет значительно труднее. Какую анестезию Вы предпочитаете при РСП?

А.И.Неробеев: Прежде всего мы руководствуемся пожеланиями пациента. Если он хочет оперироваться под наркозом, даем интубационный наркоз, в остальных случаях - местная анестезия раствором новокаина с добавлением адреналина. Операцию начинаем через 10-15 минут после инъекций. И в случаях операций под наркозом мы все равно делаем инфильтрационную анестезию новокаином с адреналином.

Н.А.Арефьева: Я убежденная сторонница наркоза. Операция всегда достаточно "кровава", поэтому требует дополнительной местной анестезии с добавлением адреналина. Это позволяет держать операционное поле более "сухим".

С.З.Пискунов: Нужно помнить о том, что местная анестезия изменяет форму тканей наружного носа, и хирург теряет возможность четко определить характер деформации и ее изменения в ходе коррекции. Мы считаем, что при РСП могут применяться и местное и общее обезболивание. В тех случаях, где показана остеотомия предпочтителен наркоз. Проблема обезболивания во многом решится с переходом на платное медицинское обслуживание. Тогда большой сможет сам выбрать тот вид обезболивания, который он оплатил.

Ю.А.Устьянов: Я заслужил немало упреков в связи с тем, что делаю все под местной анестезией. Считаю, что важна последовательность в выполнении операции. Септопластику у большинства больных, не склонных к обморокам, выполняю в положении пациента сидя, так как это позволяет произвести операцию быстро. Анестезию перегородки носа и костной пирамиды носа делаю одновременно. По окончании септопластики больного переводят в лежащее положение, инфильтрация тканей, вызванная местной анестезией, к этому времени спадает, и я произвожу остеотомию. Больные легко переносят такую операцию. Необходимости в проводниковой анестезии я не вижу.

Г.З.Пискунов: Один из наиболее сложных вопросов дискуссии: деформации хрящевого отдела носа. Чем они вызваны и как устраняются?

Ю.А.Устьянов: Михельсон отмечал, что для устранения деформации хрящевого отдела пирамиды нужно оперировать перегородку. Действительно, у части больных после технически правильно выполненной септопластики устраняется сколиоз хрящевого отдела спинки носа. У остальных больных этого недостаточно, требуются различные методы лечения этих деформаций. Они более сложны, чем методы остеотомии.

С.З.Пискунов: Согласен с Юрием Андреевичем. Искривление в хрящевом отделе всегда труднее исправить, чем костный сколиоз. Это долгая, кропотливая работа.

Н.А.Арефьева: В нашей практике в основном встречались пациенты, у которых сочетались деформации хрящевого и костного отделов.

А.И.Неробеев: Действительно, пациенты с изолированной деформацией хрящевого отдела - самые трудные. Легче справиться с костной или сочетанной

деформацией. В таких случаях мы используем методику Шина: септопластику с последующей реимплантацией иссеченного хряща в область деформации для достижения симметрии хрящевого отдела носа.

Г.З.Пискунов: Мы специально выделили данный вопрос, учитывая его сложность. Здесь много нерешенных вопросов. Как устранить деформацию, вызванную различной величиной треугольных хрящей? Не менее сложна пластика кончика носа. Какую форму разреза при операции на латеральной ножке крыльчатого хряща предпочесть? Нужно ли разделять и сшивать хрящи? Можно ли трогать медиальную ножку? Масса вопросов, ответы на которые мы, конечно же, не получим сегодня.

Одна из наиболее частых деформаций - седловидный нос. Каковы его причины, методы коррекции?

А.И.Неробеев: Причина чаще всего - травма, бывают и врожденные. Если имеется внутренняя слизистая выстилка, это позволяет ввести имплантат. В этом случае мы используем аллохрящ или специально моделированные силиконовые заготовки. Результаты таких операций хорошие. Если же нет внутренней выстилки, если она замещена рубцами, то мы сначала восстанавливаем слизистую лоскутом со щеки, с переходной складки, а уже потом - наружные покровы. Всегда сначала нужно восстановить внутреннюю выстилку, а уже потом вводить имплантат, причем делать это вторым этапом.

Н.А.Арефьева: Наши методы аналогичны, но силиконовыми имплантатами мы пока не пользовались.

С.З.Пискунов: К вопросу о седловидном носе. Часто к нам обращаются больные с курносом носом, который вполне соответствует лицу. Такой нос не следует корректировать.

Ю.А.Устьянов: Я вижу здесь две трудности. Первая - это остеотомия, которую необходимо делать при широкой спинке носа. Второе - это трансплантат. Я категорически против ауто-трансплантатов. Считаю наиболее целесообразным использование консервированного хряща.

Г.З.Пискунов: Вопрос о материалах для пластики. Какие материалы Вы предпочитаете?

Ю.А.Устьянов: Мы обычно используем консервированный реберный хрящ. Естественно, доноры должны быть обследованы, установлена причина смерти. Используем также консервированный хрящ, который удаляется при подслизистой резекции перегородки. Юридических коллизий здесь не должно возникать, так как больной не знает подробностей операции.

С.З.Пискунов: Мы хотели бы дать рекомендации врачу, работающему в любом ЛОР отделении. Зачем искать сложные пластические материалы, когда есть простой и надежный материал - ауто- или гомохрящ носовой перегородки, который, по нашему опыту, можно использовать сразу, не подвергая никакой консервации. Чем же свежий хрящ хуже консервированного, трупного, тем более, что сам консервант вызывает иммунную реакцию. Имея опыт нескольких сотен операций, мы не отметили ни одной такой реакции при использовании

ауто- и гомохряща перегородки носа, и считаем этот материал наиболее удобным для ринопластики.

Н.А.Арефьева: Мы пользуемся консервированным хрящом, а вот рассасывание имплантированного хряща - действительно важная иммунологическая проблема. Несколько раз с целью предотвращения рассасывания хряща мы проводили иммунокорректирующую терапию, и результаты нас устроили. Этот опыт требует дополнительных разработок. В основном, мы пользуемся консервированным хрящом, и юридических проблем у нас не возникало, так как ткани все проверенные.

А.И.Неробеев: Я категорически против немедленной пересадки хряща от одного человека к другому без обработки консервантом. Это запрещено законом. Для того, чтобы осуществить пересадку любого органа, нужно получить специальное разрешение и провести огромное количество серологических исследований. Очень сложна иммунологическая сторона вопроса. Для нас этот вопрос закрыт, никогда не вставал и вставать не будет. На Западе крайне осторожно относятся к любой пересадке. Не все методы консервации разрешены. Я здесь услышал, что в нашей стране применяется метод консервирования формалином. Например, в Германии применение формалина строго запрещено законом. Мы пользуемся консервированным аллохрящом. Я продолжаю традицию Михельсона, который впервые применил трупный хрящ. Мне кажется, что иммунологические проблемы, связанные с этим материалом, здесь преувеличиваются. Такой хрящ достаточно инертен, и мы редко наблюдали случаи его рассасывания. Таким образом, мы используем или аутохрящ, или консервированный аллохрящ.

Г.З.Пискунов: Вопрос о методах фиксации. Я считаю, что внутриносовая тампонада - тоже метод фиксации перегородки и пирамиды носа. Длительная тампонада связана с риском инфекционно-токсического шока, практически это стафилококковый сепсис. Какой должна быть длительность тампонады?

А.И.Неробеев: Фиксацию мы производим отдельно, вводя тампоны по дну полости носа для фиксации перегородки и в верхние носовые ходы в случаях, когда производилась остеотомия. Последние мы убираем через сутки или двое, тампоны, удерживающие перегородку - через 2-4 суток. Что касается наружной фиксации, мы применяем гипсовые или коллоидные повязки.

Н.А.Арефьева: Тампоны в полости носа мы держим двое суток, случаев септического шока не наблюдали, антибиотики с целью его профилактики не использовали. Применение антибиотиков с профилактической целью считаю необоснованным. В случаях, когда тампоны необходимо держать дольше двух суток, мы пропитываем их составом, в который входит мед. Такой тампон обладает бактерицидным действием, легко переносится больным.

С.З. Пискунов: Необходима внешняя и внутренняя фиксация. Методика наружной фиксации была представлена мной в докладе. В случаях, когда не производится эндоназальная коррекция, септопластика, операции на раковинах, мы вообще не делаем внутренней фиксации, ограничиваясь тампонадой в

области разрезов. Если тампонада носа выполняется, то тампоны удаляем через сутки, к вечеру на следующий день. Антибиотики не применяем.

Ю.А.Устьянов: Мы тампонируем нос поэтапно, как рекомендовал Бокштейн. Я принципиальный сторонник удаления тампонов на вторые сутки после операции. В случае необходимости на второй день делаем более рыхлую тампонаду. Более длительный срок тампоны держать нежелательно, даже если есть угроза кровотечения. Применяя нашу методику коррекции носа, мы совсем отказались от наружной фиксации. После остеотомии по нашему методу костные фрагменты не разъединяются, а находятся как бы в "замке". Только в случаях когда пирамида носа мобильна, мы накладываем фиксирующую повязку (гипсовую или коллодиевую). Когда спадает отек тканей - на 2-3-й день - пользуемся специальным устройством - наносником.

Г.З.Пискунов: Мы всегда удаляем тампоны на вторые сутки после операции. Для тампонады используем поролон в пальчиках от резиновых перчаток. Такие тампоны легче переносятся слизистой оболочкой носа, чем марлевые турунды.

Следующий вопрос дискуссии: ринопластика у детей.

Ю.А.Устьянов: Самому маленькому пациенту, которому мы выполнили ринопластику, было 12 лет. Детей оперируем только в случаях крайней необходимости: при нарушении дыхательной функции или наличии обезображивающего дефекта. Большого опыта в этом разделе хирургии я не имею, но считаю, что операцию лучше отсрочить до того момента когда сформируется костный скелет.

С.З.Пискунов: Я согласен с Юрием Андреевичем. У меня был печальный опыт ринопластики у ребенка, когда по мере роста костей наружного носа пришлось дважды реоперировать.

Н.А.Арефьева: Ринопластикой у детей мы не увлекаемся. Если оперируем, то только при обструкции носа, корригируем внутриносовые структуры.

А.И.Неробеев: Классические методы операций мы начинаем применять с 18-19 лет, но оперируем и детей. Попутно корригируем наружный нос при врожденных расщелинах твердого неба и верхней губы в дошкольном возрасте. Однако, всегда стараемся отсрочить окончательную коррекцию. Показания к таким операциям у детей - резкое обезображивание носа или его обструкция.

Г.З.Пискунов: Растущий нос нужно трогать очень осторожно. Но иногда жизнь заставляет нас вмешиваться здесь при различных вариантах деформаций и грубых дефектах носа.

Вопрос из зала: Как Вы относитесь к одномоментной септопластике и радикальной операции на верхнечелюстной пазухе по поводу гнойного гайморита?

Г.З.Пискунов: Я выполнил много таких операций и не наблюдал осложнений. Последнее время одномоментно с септопластикой я выполняю обычно не радикальную операцию, а эндоскопическое вмешательство на верхнечелюстной пазухе. Конечно, если есть признаки обострения процесса, высокая температура ни о какой операции ни может быть речи.

I КОНГРЕСС ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ

16-18 мая 1994 года в Санкт-Петербурге прошел I конгресс общества ринологов России. Он вызвал значительный интерес среди ЛОР врачей: участие в этой встрече приняли представители 42 областей России, 8 республик бывшего СССР, а также 10 наших зарубежных коллег. На Конгресс прибыла, несмотря на отсутствие твердой валюты и ее рублевого эквивалента, большая делегация с Украины, приехали, несмотря на неожиданное введение въездных российских виз, доктора из Литвы и Эстонии. Даже невзирая на полное отсутствие факсимильной связи между Россией и Кувейтом, участник из этой страны прибыл в Санкт-Петербург, чтобы сделать сообщение и поучаствовать в знаменательном для российских ринологов мероприятии. Лекции иностранных гостей были восприняты с большим энтузиазмом, было достаточно интересных докладов и среди представленных российскими участниками.

К сожалению, в Приложении 2 к нашему журналу мы не смогли опубликовать большое количество тезисов, предполагавшихся докладов из-за их позднего поступления. В связи с этим редколлегия сочла возможным напечатать в данном номере подборку этих тезисов.

Хотелось бы только подчеркнуть следующий момент. Тексты, которые Вы направляете, являются тезисами Вашего будущего доклада на конференции, съезде и т. д. Поэтому на будущее мы убедительно просим наших читателей направлять для публикации тезисы только в том случае, если Вы собираетесь принять участие в данном мероприятии и сделать доклад. Нам бы очень не хотелось превращать номера нашего журнала в "братские могилы", как это практиковалось раньше, когда подобные сборники издавались довольно часто и, в основном, за государственный счет. Сейчас на это уходят большие деньги, которые Клинический ринологический центр мог бы употребить с большей пользой на научные исследования, организацию тематических конференций, публикацию интересных изданий.

А.А. Горохов, И.В. Алексеев (Петрозаводск)
**К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ В
СТРОЕНИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

Традиционные методы изучения топографической анатомии мало применимы для лицевого черепа вследствие его сложного рельефа. Очевидно, что наиболее распространенный и информативный метод приготовления распилов не позволяет оценить трехмерное расположение объектов и приводит к разрушению препаратов черепа. Исходя из сказанного, нами выработана собственная методика, основанная на стереотопометрии. Суть стереотопометрии заключается в определении искомым точек в системе прямоугольных координат. В антропологии любая точка координатной системы находится внутри черепа и поэтому мало пригодна для ринопластики, так как не может быть использована для ориентировки во время операций в области носа и околоносовых пазух. Поэтому за нулевую точку нами принята точка пересечения носового гребешка верхней челюсти с краем грушевидного отверстия. Через эту точку проходят следующие координаты плоскости: сагиттальная анатомическая срединная плоскость, горизонтальная (параллельная плоскости франкфуртской горизонтали), фронтальная (параллельная фронтальной общепринятой плоскости). Координаты выбранных ориентировочных точек мацерированного лицевого черепа определяли с помощью специального устройства. С его помощью проводили как линейные, так и угловые измерения и определяли расстояние от выбранных точек препарата до каждой из трех координатных плоскостей. Такая методика позволяет в последующем подробно графически воссоздать препарат в натуральную величину.

Устройство состоит из четырех вертикальных стоек высотой 25 см, закрепленных по углам деревянного столика размером 25х35 см. Дюралюминиевые стойки скреплены сверху прямоугольной плексигласовой рамой. В передних стойках по пазам скользит в вертикальной плоскости измерительная линейка. В линейке располагается измерительная игла, которая может перемещаться в горизонтальной плоскости как в глубину, так и в ширину. В центре аппарата на деревянном столике крепится мацерированный череп, ориентированный во франкфуртской плоскости. После установки и фиксации черепа измерительную иглу подводят к нужной точке препарата. Координаты точки считывают с градуированных линеек измерительного устройства. Точность измерений составляет 1 мм.

Проведенные измерения показывают, что строение скелета носа и околоносовых пазух имеет значительные индивидуальные особенности и связано с формой черепа, кроме того, существуют различия (асимметрия) в строении правой и левой половины лицевого скелета. Полученные данные позволяют правильно планировать хирургические доступы к полости носа и к околоносовым пазухам.

М.И. Говорун, А.А. Горохов (Петрозаводск)

ЗАЩИТНАЯ ФУНКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ

Для выявления патогенетической связи между местными и общими проявлениями острого синусита необходима всесторонняя оценка функции слизистой оболочки носа. С этой целью обследована группа из 31 мужчин молодого возраста 18-25 лет. У 19 человек имело место изолированное поражение какой-либо пазухи (гайморит, этмоидит, или фронтит), у 12 процесс охватывал несколько околоносовых пазух. Диагноз острого синусита устанавливали на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, данных рентгенографии и пункций пазух. Все обследованные заболели острым воспалением околоносовых пазух впервые. Объем исследования включал: измерение температуры слизистой оболочки электротермометром ТЭМТ-60, датчик прикладывали к переднему концу средней носовой раковины; кислотность носовой слизи измеряли с помощью индикаторной бумаги по цветной шкале; двигательную функцию эпителия оценивали по скорости перемещения туши от переднего конца нижней носовой раковины носоглотки.

Полученные данные свидетельствуют, что у больных острым синуситом показатель температуры слизистой оболочки достигал $36,294 \pm 0,091$ (в контрольной группе - $34,897 \pm 0,270$). Таким образом, имеется отчетливое повышение температуры ($p < 0,05$). Кислотность слизи по водородным ионам у больных составила $6,755 \pm 0,019$ (в контрольной группе - $6,922 \pm 0,135$). Таким образом, носовая слизь при остром синусите имеет более кислую реакцию, чем в норме. Что касается двигательной функции, то этот показатель составил у лиц с острым синуситом $34,688 \pm 0,241$, т. е. скорость перемещения частиц туши значительно меньше, чем у здоровых лиц ($16,000 \pm 0,047$). Это свидетельствует о существенном угнетении функции мерцательного эпителия.

Вывод: острый синусит у лиц молодого возраста сопровождается значительными изменениями в местной защитной функции носа, что следует учитывать при лечебных воздействиях.

А.М. Талышинский, Р.Ш. Талышинский (Баку, Азербайджан)
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У
ДЕТЕЙ

Сроки корригирующей операции при искривлении носовой перегородки у детей до сих пор не нашли своего решения. Среди большинства оториноларингологов распространено предположение о нецелесообразности применения этой операции у лиц детского и юношеского возраста, считается, что она может вызвать нарушение роста носовой перегородки и скелета лица. В литературе отсутствуют специальные морфологические и клинические исследования о влиянии подслизистой резекции и ее усовершенствованных способов на развитие скелета носа, что заставляет ринохирургов воздержаться от этой операции до 18-летнего возраста.

Данные о возрастных особенностях строения носовой перегородки у детей противоречивы, единичны и основываются на исследованиях только ее костных структур - перпендикулярной пластинки решетчатой кости и сошника (E. Zuckerkandl, 1877; Фельдберг, 1893; Н.П.Гундобин, 1906; В.З.Тарасюк, 1952). При рождении основные структуры носовой перегородки имеют перепончато-хрящевое строение, лишь сошник состоит из кости, который усиленно развивается до 7 - 8 лет. С 3-6 месяцев жизни начинается окостенение перпендикулярной пластинки решетчатой кости, которая обычно к 5-6 году срастается с сошником. Считается, что у 10-летних детей носовая перегородка полностью сформирована и ее дальнейший рост происходит за счет полоски хряща (так называемой "зоны роста") между сошником, перпендикулярной пластинкой и четырехугольным хрящом.

Целью настоящего исследования было изучение строения и роста структур носовой перегородки у различных возрастных групп детей, обоснование рекомендаций для разработки щадящих способов корригирующей операции и предупреждения отставания ее дальнейшего роста. Необходимо уточнить периоды усиленного роста перегородки носа и выявить наиболее целесообразный возраст для применения этой операции.

Исследования проведены на препаратах носовой перегородки трупов детей в возрасте 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 лет, умерших насильственно или от заболеваний, не связанных с патологией носа и черепа. Доступ к носовой перегородке осуществляли из передней черепной ямки. Перегородку извлекали вместе с верхней и нижней стенками полости носа и телом основной кости, фиксировали в 5% растворе формалина. После освобождения костно-хрящевой структуры от слизистой оболочки, надхрящницы и надкостницы рисунок перегородки наносили на приложенную к ее поверхности прозрачную бумагу. Морфологические исследования включали: изучение площади отдельных структур перегородки в мм путем планиметрии их миллиметровой сеткой; определение общей площади носовой перегородки в мм²; вычисление отношения площади отдельных структур к общей площади носовой перегородки в

процентах, которое давало возможность оценить интенсивность их роста в разных возрастных группах. Все препараты перегородки носа фотографировались.

Проведенные исследования показали, что структуры перегородки в возрасте от 3 до 14 лет развиваются неравномерно, периоды их усиленного роста чередуются с периодами замедления и новым ускорением в различных возрастных группах, что необходимо учитывать при выборе у них способа септопластики.

В.В. Лобурец, С.Б. Безшапочный (Полтава, Украина)

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОЛОСТИ НОСА В ГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Одной из причин, способствующих развитию воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух, является нарушение носового дыхания. Причины его многообразны: искривления, шипы, гребни носовой перегородки, синехии, увеличение передних решетчатых клеток, гипертрофия нижней носовой раковины, патологические изменения средней носовой раковины и др. Однако, решающая роль тех или иных патологических нарушений в генезе воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей в каждом конкретном случае может быть различной.

Целью нашего исследования явилось выявление основного причинного фактора развития таких заболеваний и разработка оптимальных методов их лечения. Проведено клинико-морфологическое исследование полости носа, включающее изучение особенностей строения носовой перегородки, средней носовой раковины (форма, длина, высота, ширина, форма линии прикрепления базальной пластинки, наличие собственной клеточной структуры и др.), ее расположение по отношению к боковой стенке полости носа, нижней носовой раковине, носовой перегородке. Функциональное исследование включало проведение пневмотахометрии, позволяющей дать количественную характеристику степени нарушения дыхания в каждой половине носа.

Исследование позволило выявить большой диапазон топографо-анатомических вариантов строения средней носовой раковины и ее расположения по отношению к соседним анатомическим структурам. В большинстве случаев у больных с хроническими и рецидивирующими формами синуситов и ринитов отмечались те или иные морфо-функциональные изменения в полости носа. Основное внимание было уделено индивидуальным особенностям средней носовой раковины, функциональному состоянию естественных выводных отверстий околоносовых пазух.

В большинстве случаев таким больным проводились эндоназальные хирургические вмешательства, направленные на устранение препятствий дренированию околоносовых пазух (резекция средней носовой раковины, инфундибулотомия и др.). Однако, они не всегда приводили к желаемому

функциональному результату. Поэтому нередко требовалось выполнение дополнительных оперативных вмешательств на носовой перегородке, нижней носовой раковине, применялись различные консервативные лечебные воздействия на слизистую оболочку полости носа.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что в генезе развития многих воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей играет роль не столько патологически измененная средняя носовая раковина, сколько совокупность всех морфо-функциональных изменений в полости носа. Поэтому мы считаем, что рациональной может быть та лечебная тактика, которая учитывает все индивидуальные особенности строения полости носа и предполагает комплексное лечебное воздействие.

А.М. Корниенко (Москва)

**СТРУКТУРНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ПОЛОСТИ НОСА КАК ПРИЧИНА
НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ПРОЗОПАЛГИИ**

В последние годы значительно возросло число научных публикаций, посвященных лицевой боли, что объясняется возросшим вниманием и накоплением опыта в диагностике и лечении этой патологии. Несомненно, что особенности иннервации лицевой области, индивидуальные особенности строения скелета, кровоснабжения, анастомозы между ветвями черепно-мозговых нервов, создают ряд проблем не только в топической диагностике отдельных видов прозопалгии, но и в терминологии, классификации и, естественно, в выборе метода лечения. Раздел неврологии в ринологии представляет целый ряд неизученных и неразработанных в теоретическом и практическом плане вопросов. В ринологии вопросы неврологии представляются сложившимися понятиями: неврит и невралгия тройничного нерва, синдром Слудера (невралгия крылонебного ганглия) и синдром Шарлена (невралгия носоресничного нерва). Ринологи в повседневной практике встречаются с болевыми проявлениями в области лица у больных с гайморитом, этмоидитом и фронтитом, где этиология боли легко объясняется воспалительными процессами. В тех случаях, когда объективных данных недостаточно, или они отсутствуют, больных справедливо направляют к невропатологу.

Наш опыт совместной работы с Российским стоматологическим центром позволяет утверждать, что возможности ринологов в диагностике и лечении прозопалгии используются недостаточно. В ходе консультативной работы при обследовании больных стоматоневрологического отделения было выявлено 38 человек (из них 7 мужчин) с различными проявлениями прозопалгии: мигрень Хортона, гемифациальный синдром, синдромы Слудера, Гарлена и прочие диагнозы, относящиеся к группе вегетососудистых расстройств. Все больные были госпитализированы из-за неэффективности ранее проводимого лечения и необходимости постоянно принимать различные анальгетики.

Общими проявлениями являлись приступообразные болевые ощущения в области корня носа, у медиального угла глазницы; у некоторых больных - с иррадиацией в глубину глазницы, лобную, теменную и височную области. У трех больных (все мужчины) болевые ощущения соответствовали картине невралгии второй ветви тройничного нерва. Особенности болевого синдрома были его длительность (по несколько часов), отсутствие провоцирующего фактора, связи с временем суток, а также этиологических факторов в анамнезе и курковых зон. Вегетативные проявления во время приступа отмечались лишь у 5 больных, но они были мало выражены. Эти особенности не позволяют уверенно относить данную патологию к классическим синдромам. Эмоциональные мотивы болезни можно было выявить лишь у 4 больных. Общими для всей группы больных были структурные деформации полости носа: искривление перегородки носа, гребни и шипы, гипертрофия или булла средней носовой раковины, увеличение решетчатой буллы. Все изменения выявлены на стороне болевых ощущений. Оперировано 27 человек. У 21 больного болевые ощущения прекратились сразу после операции, у 6 - значительно уменьшились и полностью прекратились после фармако- и физиотерапии.

Наблюдаемый атипизм проявлений прозопалгии можно объяснить влиянием периферических раздражителей из активной рефлексогенной зоны - полости носа, вызывающих гемато- и ликвородинамические расстройства. Исследованию этого влияния должны быть посвящены дальнейшие теоретические и практические разработки.

С.Б. Безшапочный, Н.С. Скрипников, Ю.В. Гаврилюк (Полтава, Украина)
**ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СРЕДНЕЙ
НОСОВОЙ РАКОВИНЫ И ИХ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ТЕЧЕНИИ
ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ**

Особую роль в физиологии и патофизиологии носа и околоносовых пазух играет средняя носовая раковина, так как от топографо-анатомических и гистотопографических особенностей ее строения зависит дренажная и вентиляционная функция пазух, выводные соустья которых открываются в средний носовой ход. С целью выявления этих особенностей нами проведено сопоставление данных, полученных как при анатомической препаровке трупного материала, так и при клинических и функциональных исследованиях.

Учитывая особенности прохождения воздуха через полость носа (во время вдоха воздух сначала идет почти вертикально), мы обратили внимание на то, что для величины просвета среднего носового хода и нормальной вентиляции и дренажа пазух большое значение имеет форма переднего конца средней носовой раковины. В результате полученных нами данных прослеживается четкая корреляция между формой переднего конца средней носовой раковины и величиной просвета среднего носового хода. Эта зависимость может быть разделена на три типа:

I тип - передний конец раковины выступает от места прикрепления на 0,5-2 см впереди от ее тела, он расширен ампулярно (поперечный размер расширенной части 5-6 мм). Средний носовой ход в виде узкой щели до 1 мм, решетчатая булла не просматривается. Частота встречаемости I типа средней носовой раковины - 24% случаев;

II тип - в отличие от I типа передний конец раковины тонкий, имеет поперечный размер до 1-2 мм, отступает от места прикрепления кзади на 0,5-1,5 см. В этих случаях средний носовой ход объемный, поперечный его размер - до 3,5-4,5 мм, четко просматриваются решетчатая булла, крючко-видный отросток и полулунная щель. По нашим данным, I тип строения встречается в 25 % случаев;

III тип - промежуточный, наблюдался нами в остальных 51 % случаев. Он имеет в равной мере характерные признаки I и II типов: передний конец средней носовой раковины находится на одной вертикальной линии с местом прикрепления или располагается на 2-3 мм кзади. Средний носовой ход имеет поперечный размер от 1,5 до 3,5 мм, его анатомические образования (крючковидный отросток, решетчатая булла, полулунная щель) четко дифференцируются.

Подводя итоги проведенных исследований, можно с уверенностью сказать, что при I типе строения средней носовой раковины имеются топографоанатомические предпосылки для возникновения синуситов, так как в этих случаях форма переднего конца средней носовой раковины способствует созданию специфических узких мест, где даже незначительный отек или гипертрофия слизистой оболочки ведут к нарушению деятельности мукоцилиарного аппарата. Это приводит к задержке выделений из пазух, нарушению воздухообмена между пазухами и полостью носа и является основным этиопатогенетическим моментом при возникновении синуситов. Так, у больных с острыми синуситами I тип строения встречался в 83% случаев, с хроническими - в 94% случаев.

Полученные данные необходимо учитывать при эндоназальных эндоскопических операциях на околоносовых пазухах и средней носовой раковине.

А.Н. Александров (Санкт-Петербург)

РОЛЬ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ФОРМИРОВАНИИ НОСОВОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ

Целью нашей работы было изучение влияния околоносовых пазух на носовое сопротивление. Носовое сопротивление (R_n) измерялось на бодиплетизмографе, применяемом для определения бронхиального сопротивления (R_{aw}). Всем больным производилось рентгенологическое исследование околоносовых пазух в двух стандартных проекциях. Нормальное значение носового сопротивления составило $0,21 \pm 0,8$ кПа л" с.

Получены следующие данные: в группе из 150 человек с нормальной рентгенологической картиной носовое сопротивление в среднем равно

0,33±0,012 кПа лс., в то время как у 123 человек с различными рентгенологическими изменениями в околоносовых пазухах Rn в среднем составило 0,52±0,033 кПа л" с., что достоверно выше, чем в первой группе. При наличии жалоб на затруднение носового дыхания носовое сопротивление выше при измененной рентгенологической картине в околоносовых пазухах и составляет в среднем 0,6±0,05 кПа л' с., в то время как при нормальной рентгенологической картине оно равно 0,38±0,012 кПа л" с. При отсутствии субъективных ощущений, связанных с повышением носового сопротивления, отмечается достоверное повышение объективных показателей Rn у больных с наличием рентгенологических изменений, что соответственно составляет в среднем 0,29±0,013 кПа л"с. и 0,37±0,033 кПа л"с. Высокое носовое сопротивление (0,88±0,033 кПа л" с.) зарегистрировано у больных с рентгенологически выявленной патологией клиновидных пазух. Несколько ниже оно при наличии рентгенологических изменений в пазухах решетчатой кости и лобных пазухах: соответственно 0,76±0,095 кПа л" с. и 0,73±0,013 кПа л~ с. Меньшее влияние на формирование носового сопротивления оказывает патология верхнечелюстных пазух, хотя среднее значение Rn, полученное в данной группе, более чем вдвое превышает нормальное и составляет 0,52±0,033 кПа л" с.

При отсутствии жалоб у обследованных пациентов отмечается несколько повышенное носовое сопротивление, однако оно достоверно выше при наличии рентгенологических изменений. Этот факт, вероятно, объясняется тем, что околоносовые пазухи принимают участие в формировании носового сопротивления, но не все в одинаковой степени. Наиболее высокое сопротивление, отмеченное при наличии изменений в клиновидной, лобной пазухах и в пазухах решетчатой кости, вероятно, объясняется анатомическими особенностями.

В.Т. Жолобов (Хабаровск)

ФИБРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Применение современной волоконно-оптической аппаратуры при обследовании больных значительно расширило диагностические и лечебные возможности во многих областях медицины. В то же время применение фиброскопии в ринологии явно недостаточно. Мы проводим эндоскопию полости носа, носоглотки, околоносовых пазух (после операций на них) волоконным ринофаринголарингоскопом "Олимпас" ENF тип L с целью детального осмотра оперированной пазухи, при необходимости прицельной биопсии и фотодокументации.

Исследования проводим под местной эпимюкозной анестезией полости носа, носоглотки, ротоглотки и гортани 3% раствором дикаина или 1-2% раствором лидокаина. Фиброэндоскопию полости носа (околоносовых пазух)

проводим в положении больного сидя. Правой рукой удерживаем окуляр фиброскопа, пальцами левой руки вводим в полость носа дистальную часть прибора и осторожными движениями при постоянном визуальном контроле продвигаем фиброскоп в нужном направлении, осматривая полость носа, уделяя особое внимание ее латеральной стенке. Для осмотра носоглотки фиброскоп вводим через нижний носовой ход (или через полость рта), дистальный конец загибаем вверх и осматриваем хоаны, устья слуховых труб, купол носоглотки.

Фиброскопию гортани проводим как в положении больного сидя, так и в положении лежа, вводя эндоскоп через рот. При исследовании гортаноглотки небольшое сгибание дистального конца прибора позволяет осмотреть валлекулы и грушевидные ямки. Фиброскопия гортани проводится после предварительной премедикации: 1,0 1% раствора промедола, 1,0 2,5% раствора аминазина и 1,0 0,1% раствора атропина в сочетании с эпимукозной анестезией раствором дикаина или лидокаина. При фиброскопии гортани особое внимание уделяем осмотру основания надгортанника, гортанных желудочков и подскладкового отдела.

Анализ проведенной работы показал, что использование волоконного ринофаринголарингоскопа облегчало диагностику патологических процессов в дыхательных путях и позволяло провести тщательный осмотр полости носа, носоглотки, области сустьев слуховых труб, основания надгортанника, голосовой щели при глотании, кашле и фонации, а также подголосовой области. Фиброэндоскопия позволяла диагностировать наличие патологических процессов в полости носа и носоглотке, интубационной гранулемы, папилломатоза, рубцовых процессов в гортани, уточнить форму хронического ларингита.

Фиброэндоскопия характеризуется легкостью введения прибора в осматриваемую полость, возможностью проведения фотодокументации, прицельной биопсии и взятия материала для цитологического исследования. Наш опыт и данные литературы показывают, что применение фиброэндоскопии в оториноларингологии перспективно в диагностике заболеваний верхних дыхательных путей.

К. А. Никитин, Н. Л. Петров, В. П. Ковальчук (Санкт-Петербург)
**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ
 ПАЗУХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭХОСИНУСКОПА "ЛОР-ЭКСПРЕСС"**

Заболевания параназальных синусов составляют по данным А.Г.Лихачева (1981) 29-30% в структуре оториноларингологической патологии. Несмотря на значительное количество различных методов диагностики, особое значение имеют неинвазивные методики, такие как одномерная ультразвуковая эхолокация, инфракрасная термография, СВЧ-радиометрия. Информативность ультразвуковой эхолокации синуситов колеблется по данным литературы от 30,6 % (Ю.В.Митин, 1994) до 90 % (А.Р.Вализаде, 1979, Е.А.Ма, 1979), что связано в первую очередь с конструктивными особенностями использованных

приборов. В настоящей работе мы попытались провести оценку диагностических возможностей прибора "ЛОР-ЭКСПРЕСС", разработанного в НИИ точной механики.

Данный прибор является аналогом таких эхосинускопов, как "Синускан" и "Ультрасинус". Он имеет преимущество, так как позволяет фиксировать полученные при исследовании данные на дисплее. Нами было обследовано 112 больных с патологией параназальных синусов. Верификация полученных результатов осуществлялась при пункции верхнечелюстной пазухи или трепанопункции лобной пазухи, а также при оперативных вмешательствах. Всем больным предварительно выполнялось рентгенографическое исследование пазух носа в двух проекциях. Производилось сравнение данных рентгенографического исследования, результатов пункций пазух и показаний прибора. При поражении верхнечелюстных пазух при наличии на рентгенограммах уровня жидкости или тотального затемнения пазухи, совпадение показаний ультразвукового исследования и результатов пункции составило 65%. Однако следует отметить, что ложноотрицательные результаты мы наблюдали чаще при наличии в пазухе незначительного количества слизистого отделяемого, когда прибор указывал только на отек слизистой оболочки. В случае наличия отека слизистой оболочки на рентгенограммах верхнечелюстных пазух совпадение показаний прибора с результатами рентгенологического исследования составило 92%. При обследовании больных с поражением лобных пазух при наличии рентгенологических данных за уровень жидкости совпадение результатов ультразвукового исследования и данных трепанопункции составило 58%.

Полученные нами данные о достоверности диагностической информации, наряду с простотой в пользовании, безвредностью и безболезненностью диагностики, позволяют рекомендовать прибор "ЛОР-ЭКСПРЕСС" к применению в клинической практике.

П.В. Ван Каувенберг, Л. Экторс (Рент, Бельгия) ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ВИРУСНЫХ РИНИТОВ

Хотя вирусный ринит и является одной из самых распространенных болезней человека, известно сравнительно небольшое количество исследований на эту тему. Одним из последствий такого невнимания является отсутствие методов этиологического лечения. Изучение вирусологических параметров эпидемиологических исследований делает очевидным тот факт, что у взрослых риновирусы являются наиболее частым возбудителем острых респираторных инфекций, реже выявляются коронавирусы, вирусы инфлюэнцы и параинфлюэнцы. У детей разнообразные вирусы, включая и перечисленные выше, могут вызывать риниты и другие заболевания верхних дыхательных путей. В целом можно сказать, что риновирусы вызывают от 50% до 60% всех ОРЗ.

Изучение риновирусной инфекции довольно сложно, поскольку риновирусы требуют специальных условий культивирования и настолько специфичны, что поражают только человека и высших приматов. Это затрудняет их изучение на экспериментальной модели.

Чтобы исследовать различные вирусологические и клинические параметры риновирусной инфекции, мы усовершенствовали экспериментальную модель, при которой здоровым волонтерам прививаются различные типы риновирусов (типы 2 и 39, тип Ханка). Всего произведено более 1000 инокуляций.

По нашей схеме волонтеры изолировались в отеле на 5 дней, начиная со второго дня после прививки. В зависимости от типа использованного вируса и экспозиции частота инфицирования сильно варьировала (от 26% до 82%). Инфицированными считали тех, у кого наблюдались изменения в сыворотке крови (возрастание титра нейтрализующих антител в 4 и более раз) или высевался вирус из полости носа.

Мы установили, что титр выше 8 защищает от инфицирования тем же риновирусом. Нейтрализующие антитела не сохраняются в сыворотке крови долго: через 6-9 месяцев титр антител снижается до исходного уровня.

Первый симптом после инокуляции - боль в горле, которая появляется уже через 24 часа. Последним присоединяется кашель, который достигает максимума на 5-6 день. В интервале между этими сроками мы отмечали появление типичных ринологических симптомов: чихания, затруднения носового дыхания и выделений из носа. Такие симптомы, как лихорадка, головная боль и общее недомогание наблюдались очень редко. Возможно, в связи с тем, что ни у кого из наших волонтеров не было в анамнезе ЛОР заболеваний, не отмечено ни одного случая развития острого среднего отита. Острый синусит, но в очень легкой форме, развился в 2 случаях.

Изучаемые объективные параметры включали риноманометрию, тимпанометрию и измерение носовой секреции. Все эти параметры существенно менялись после успешного инфицирования. Применение данной модели позволяет также изучать эффективность различных видов лечения. Мы исследовали действие противовирусного препарата (Пиродавир) и некоторых антигистаминных средств, самих по себе или в сочетании с псевдоэфедрином. Также изучена эффективность профилактического лечения капсацином.

Пиродавир оказывал статистически достоверное действие на вирусологические параметры: количество волонтеров с измененными показателями сыворотки крови и/или высевавших вирусы было значительно сниженным по сравнению с группой, получавшей плацебо. В то же время, действие на объективные и субъективные признаки было незначительным. Цетиризин, назначаемый после появления клинических симптомов давал достоверный эффект по сравнению с группой, получавшей плацебо. Даже затруднение носового дыхания у пациентов, лечившихся этим препаратом, было выражено значительно слабее.

В заключение можно сказать, что экспериментальный метод инфицирования человека риновирусом разработан и дает возможность получить ценные

данные, будучи безопасным для исследуемого. При помощи данного метода можно изучать эффективность методов этиологического и симптоматического лечения.

Н.Н. Беликова, К.М. Аль-Мамари (Самара)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ МИКОЗОВ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Микозы верхних дыхательных путей занимают существенное место среди прочих воспалительных заболеваний ЛОР-органов. Для лечения этой патологии в клинике болезней уха, носа и горла Самарского ГМУ наряду с медикаментозной терапией используется низкоэнергетический гелий-неоновый лазер (ГНЛ). Биологический эффект лазерного излучения можно считать патогенетическим в отношении пораженной грибом слизистой оболочки носа, глотки и гортани. Возможность этиотропного влияния ГНЛ на микроорганизмы изучена мало. Имеются сообщения о бактерицидном действии на бактериальную флору излучения с длиной волны 0,63 мкм. Сведения о возможном фунгицидном или фунголитическом эффекте низкоэнергетического лазера в литературе отсутствуют.

Нами проведены исследования по изучению влияния ГНЛ на патогенные штаммы дрожжеподобных и плесневых грибов. Работа проводилась с использованием метода микрокультур. Выполнено 4 серии опытов. В первой серии осуществлялось однократное воздействие направленного лазерного луча на микрокультуры при различной экспозиции: 5, 10, 30, 60 и 120 минут. Во второй проводилось дробное облучение ежедневно в течение 5 дней (длительность одного сеанса 10 минут). В третьей серии опытов изучалось влияние на микрокультуры дрожжеподобных и плесневых грибов лекарственных препаратов (амфотерицин В, клотримазол, леворин и метиленовой синьки), а в четвертой - сочетания этих препаратов с однократным облучением ГНЛ в течение 10 минут.

Во всех опытах облучение осуществлялось терапевтической лазерной установкой ЛГ-75 с плотностью потока мощности не менее 15 мвт/см на расстоянии 2 см от объекта до рабочего конца световода. В качестве контроля использовались микрокультуры грибов без воздействия лекарственного препарата и лазера. Сразу после лазерного воздействия опытные образцы и контрольные микрокультуры помещались в термостат на 4 суток, после чего изучались в иммерсионном микроскопе (увеличение $\times 90$).

Проведенные исследования убедительно доказали наличие прямого фунгицидного эффекта ГНЛ на патогенные штаммы дрожжеподобных и плесневых грибов и усиление фунгицидного влияния противогрибковых препаратов на фоне низкоэнергетического лазерного облучения. В частности, при изолированном действии ГНЛ происходят значительные морфологические изменения мицелия гриба, наиболее выраженные при экспозиции 10 минут

и более, как при однократном, так и при дробном облучении. При сочетании лазерного облучения с антимикотиками деструктивные изменения мицелия выражены более значительно, чем при действии одного лекарственного препарата, вплоть до полной задержки роста, что свидетельствует об активирующем влиянии ГНЛ на фунгицидный эффект противогрибковых средств. Наиболее показательным в этом отношении оказалось сочетание ГНЛ с метиленовой синью.

Сказанное свидетельствует о целесообразности и обоснованности использования в лечении микозов низкоэнергетического лазерного излучения, обладающего не только патогенетическим, но и выраженным этиотропным действием в отношении дрожжеподобных и плесневых грибов.

Т.А. Гараев, М.А. Атамурадов, М.Г. Бостанджян (Ашхабат, Туркменистан) К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ

Рациональная терапия воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух является одной из актуальных проблем современной ринологии. Нами предложен способ лечения больных с обострениями хронических гнойных гайморитов лейкоцитарным интерфероном человеческого происхождения (ЛИЧ). Методика заключалась в том, что после пункции верхнечелюстной пазухи и промывания физиологическим раствором в нее вводили 3 мл ЛИЧ из расчета 500 ед/мл препарата. В тот же день больным назначалась электроаэрозольная ингаляция смеси ЛИЧ в концентрации 125 МЕ в 1 мл и низкомолекулярного сополимера поливинилпирилоидона (гемодез) в концентрации 400 мкг в 1 мл с экспозицией 3-4 минуты. Процедуру проводили ежедневно в течение 4-8 дней в зависимости от состояния больных.

Под нашим наблюдением находилось 44 больных в возрасте от 18 до 59 лет. Мужчин было 24, женщин - 20. Обострение двустороннего хронического гайморита диагностировано у 16 больных, одностороннего - у 28 пациентов. Следует отметить, что больные, находившиеся под нашим наблюдением, по разным причинам (беременность, возраст, сопутствующие заболевания и т.д.) не подвергались ранее оперативному лечению по поводу хронического гайморита. Всем пациентам до лечения проводилось бактериологическое и иммунологическое исследования. Из пунктатов верхнечелюстных пазух в большинстве случаев выделены стафилококки в ассоциации со стрептококком и грамотрицательной флорой, а также с сапрофитами. У двух больных выделены дрожжеподобные грибки. После проведенного курса лечения отмечена значительная положительная динамика иммунологических показателей по сравнению с исходными данными.

В результате проведенной терапии у 39 пациентов получен хороший непосредственный терапевтический эффект, у 5 больных через 2-3 недели после лечения отмечались незначительные боли невралгического характера.

При наблюдении в динамике в течение 18 месяцев случаев обострения хронического гайморита не отмечено.

Довольно высокая эффективность, отсутствие побочных явлений, физиологичность коррекции иммунологических показателей позволяют рекомендовать указанную методику для лечения хронических гнойных гайморитов.

Г.И. Гарюк, Е.А. Куликова, И.В. Филатова, А.М. Шевченко (Харьков, Украина)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА ВНУТРИПАЗУШНЫМ ЛАЗЕРОФОРЕЗОМ

Лечение различных заболеваний ЛОР-органов низкоэнергетическим лазером в последние годы приобрело широкое распространение. Лечебный эффект его действия связывают со стимулирующим влиянием на биологические процессы в тканях. Мы разработали способ лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух, в частности, гайморита, используя низкоэнергетическое лазерное излучение с внутрипазушным введением световода и раствора антимикробного вещества. Способ лечения осуществляется следующим образом: производится пункция верхнечелюстной пазухи, промывание ее стерильным раствором, затем через пункционную иглу пазуха заполняется раствором прозрачного антимикробного препарата, и вводится световод, через который осуществляется облучение стенок пазухи когерентным монохроматическим лазером с длиной волны 632,8 нм и удельной мощностью 10 мВт/см² в течение 5-10 минут. Процедуры производятся сначала ежедневно, затем через день до выздоровления.

Предлагаемый способ применен у 20 подростков в возрасте от 12 до 18 лет, больных острым либо обострением хронического гнойного гайморита (1 группа). Для оценки эффективности предложенного способа лечения произведен сравнительный анализ результатов лечения в 3-х группах больных гнойным гайморитом, имевшим аналогичное течение: 1 группа - 20 подростков, получавших местное лечение гнойного гайморита по предлагаемой методике; 2 группа - 20 подростков, получавших традиционное лечение с введением в пазуху растворов антибиотиков без физических воздействий; 3 группа - 20 больных, получавших внутрипазушное облучение гелий-неоновым лазером без предварительного введения в пазуху лекарственного вещества.

Эффективность лечения в каждой группе оценивали по клиническим данным (жалобы, риноскопическая картина), данным цитологического исследования мазков-отпечатков из полости носа до и после лечения, результатам контактной термометрии передних концов средней и нижней носовых раковин, а также лицевой стенки верхнечелюстной пазухи электротермометром ТПЭМ-1М и ультразвукового сканирования эхосинусоскопом "Ультрасинус-01", учитывалось также время пребывания больного в стационаре.

Наиболее эффективным оказалось лечение в 1-й группе больных. Именно здесь в ранние сроки наступало клиническое улучшение за счет усиления

регенераторных процессов в тканях, пролонгирования антимикробного действия антисептиков и более глубокого их проникновения в слизистую оболочку пазухи. Таким образом, внутрисполостной лазерофорез лекарственных веществ в лечении гнойного гайморита позволяет добиться сокращения сроков лечения данного заболевания на 2-3 дня, хорошо переносится больными и удлиняет сроки ремиссии.

В.П. Григорьев, В.В. Железнова (Актюбинск, Казахстан)
МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ ФОРМЫ
ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Лечение вазомоторного ринита у детей - задача сложная, требующая большого терпения от пациента и от врача. Существующие способы лечения, к сожалению, малоэффективны, поэтому разработка новых, более совершенных методов является одной из актуальных задач оториноларингологии. Нами разработан и успешно применяется новый способ лечения вазомоторного ринита у детей. Сущность способа заключается в воздействии постоянным электрическим током малой силы на ту или иную рефлексогенную зону полости носа. Экспериментальные исследования на животных и клинические наблюдения за больными показали, что для детей наиболее приемлемым является ток силой 5 мкА. Оптимальным местом наложения электрода оказался задний отдел нижнего носового хода, где располагается рефлексогенная зона, образуемая задним решетчатым и крылонебным нервами. Локализация электрода в этой области позволяет избежать чихания и слезотечения и значительно легче переносится маленькими пациентами.

Методика лечения заключается в следующем. Электрод специальной конструкции после обработки этиловым спиртом без анестезии вводят в задние отделы полости носа и прижимают к слизистой нижнего носового хода. Электрод подключают к положительному полюсу гальванического аппарата, позволяющему получать ток силой от 5 до 100 мкА. Второй электрод укрепляют на предплечье с этой же стороны и подключают к отрицательному полюсу аппарата. На положительный электрод подают ток силой 5 мкА. Длительность процедуры - 5-10 минут, количество процедур - 8-10.

Лечение проведено 28 детям с невроvegetативной формой вазомоторного ринита. Возраст детей - от 5 до 14 лет. Все больные ранее неоднократно лечились амбулаторно. Однако, от применяемых методов терапии наступал лишь временный эффект. После окончания лечения ликвидация всех признаков заболевания отмечена у 18 больных; исчезновение тяжести в области лба, головных болей и выделений из носа при значительном улучшении дыхания - у 6, эффекта не получено у 2 больных. В последующем на протяжении года рецидив заболевания наблюдался у 3 больных. После проведения повторного курса электротерапии выздоровление наступило у 2, эффекта не было отмечено у 1 больного.

Наши исследования показали, что эффект от воздействия постоянным микросиловым электротоком объясняется благоприятным влиянием его на основные функции слизистой оболочки полости носа: микроциркуляцию, транспортную активность эпителия и резорбтивную способность. Мы считаем, что воздействие постоянным микросиловым электротоком на слизистую носа является эффективным способом лечения вазомоторного ринита у детей.

В.Д. Меланьин, Л.Н. Зеньков (Гродно, Беларусь)

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ

Объектом исследования были амбулаторные и стационарные больные с вазомоторным ринитом, работающие в условиях воздействия профессиональных вредностей (в основном пыль органического происхождения). Лазеротерапию получали больные, которые до этого безрезультатно или с маловыраженным эффектом лечились различными традиционными методами. В комплексной терапии было применено лазерное излучение (раздельно и сочетание) красного и фиолетового спектров (установки ЛГ-75-1 и ЛГИ-21).

Методика применения лазерных излучений заключалась в следующем: на кожу крыльев носа одновременно направлялись оба луча, поочередно на каждую половину носа, сначала по 1 минуте с постепенным увеличением экспозиции до 5 минут (первый вариант). Во втором варианте красный луч направлялся на кожу крыльев носа и одновременно фиолетовый - интраназально через световод. Световые лучи направлялись поочередно на кожу и слизистую левой и правой половин носа. Экспозиция облучения для слизистой оболочки и кожи составляла 1 минуту с постепенным увеличением до 4-5 минут. Курс лечения - 10 сеансов. Лазеротерапия применена у 114 человек (66 женщин и 48 мужчин) в возрасте от 17 до 54 лет с длительностью заболевания от 7 месяцев до 8 лет. У 72 больных диагностирована аллергическая, у 42 - нейровегетативная форма вазомоторного ринита. У 58 больных (34 с аллергической и 24 с нейровегетативной формой) лечение проводилось по первому варианту (1 группа), а у 56 (38 с аллергической и 18 с нейровегетативной формой) - по второму варианту (2 группа). Результаты лечения оценивались по субъективным и объективным данным, а также анализом крови, цитологическим исследованиям до и после лечения. Проводили электротермию кожных покровов и полости носа, рН-метрию секрета. Во второй группе обследованных больных при сочетанном применении красного и фиолетового лазерного луча интраназально и на кожу наблюдался более выраженный эффект по сравнению с первой группой (сочетанное применение красного и фиолетового лазерного луча только на кожу). Во второй группе выздоровление отмечено у 79% больных, а в первой - у 73%. При этом во второй группе больных улучшение состояния наступало уже после первого сеанса, а более выраженный и стойкий эффект - после 3-4 сеансов. В

мазках-отпечатках со слизистых оболочек полости носа, где до лечения определяли изменения, наступала нормализация цитограммы. Снижалась и постепенно к концу лечения нормализовалась температура слизистой оболочки носа и показатели рН-метрии секрета полости носа.

Отдаленные результаты лечения выявили рецидив заболевания лишь у 12% больных. Рецидивов заболевания не отмечено у 88% осмотренных, а при аллергической форме вазомоторного ринита этот показатель составил 90%. Кроме того, необходимо отметить, что более стойкий эффект отмечен у лиц во второй группе (91% от общего числа осмотренных) по сравнению с первой группой (86%). Таким образом, сочетанное лазерное излучение в лечении хронических вазомоторных ринитов оказывает выраженное клиническое действие.

А.Е. Кицера, Б.А. Пошивак (Львов, Украина)

ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЕНТА "ПОЛИСОРБ" В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ

Полисорб - высокодисперсный силициево-кислородный полимер с размером частиц в 150-200 А, который способен адсорбировать на своей поверхности белки, ферменты и другие соединения. Обычно для рентгеноконтрастирования верхнечелюстных пазух используются масляные йодистые вещества, на длительное время блокирующие мукоцилиарный транспорт пазухи и тем самым вызывающие продолжительный застой в них. Нами использованы водорастворимые контрастные вещества, адсорбированные и сгущенные полисорбом до образования 3-5% суспензии. Контраст вводился путем прокола через нижний носовой ход. Обследовано 16 пациентов, осложнений, токсических или аллергических проявлений не наблюдалось. Рентгенограммы по качеству и информативности не уступали тем, где контрастирование проводилось масляными контрастными веществами.

В лечении верхнечелюстных синуситов 5% суспензия полисорба на растворе фурацилина применялась для промывания пазух методом пункции (при изолированных верхнечелюстных синуситах), путем наложения катетера "ЯМИК-2" (при неосложненных катаральных и гнойных полисинуситах), и через антростому (после хирургических вмешательств на пазухах). При этом полисорб вводился и как сорбент, и как матрица для сорбции и более длительной задержки в пазухе антибиотиков, десенсибилизирующих и других веществ.

Всего лечились 72 пациента. При применении полисорба у 52 пациентов улучшение общего и местного состояния наступало в более ранние сроки, чем у 20 лиц, в лечении которых полисорб не применялся. У лиц первой группы наблюдалось сокращение сроков и повышение эффективности лечения, что подтверждалось данными эндоназальной и накожной реографии, реопародонтографии, ультразвукового исследования на аппарате "Синускан". Терапия

синуситов сорбентом "Полисорб" при достаточно высокой эффективности позволяет исключить побочное действие химиотерапевтических препаратов, особенно у сенсibilизированных лиц.

Б.М. Цецарский, В.И. Кошель, Е.В. Грудина (Ставрополь)
ВЛИЯНИЕ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ Т-ЗВЕНА НА ЭКСПРЕССИЮ
ПОВЕРХНОСТНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ
РИНОСИНУСИТОМ

В настоящее время установлено, что иммунный статус больных поллинозами, инфекционно-аллергическими риносинуситами и другими формами аллергических заболеваний характеризуется снижением содержания и функциональной активности Т-лимфоцитов, и в частности, теofilлинчувствительных Т-клеток (супрессорнокиллерная группа). Это предполагает использование лечебных препаратов - стимуляторов Т-звена - в иммунокорректирующей терапии наряду со специфическим лечением. Между тем, представляет интерес использование влияния иммуностимуляторов на экспрессию поверхностных рецепторов Т-лимфоцитов, рассматриваемых по степени авидности.

Целью настоящего исследования явилось изучение поверхностных свойств Т-лимфоцитов, разделенных на 3 группы в зависимости от количества прикрепленных эритроцитов барана (1 - 3-5; 2 - 6-8; 3 - >>8) и различающихся по чувствительности к теofilлину, тималину и тимоптину в период обострения заболевания и в стадии ремиссии. Исследовали лимфоциты периферической крови у 23 больных аллергическим риносинуситом. Контролем служили аналогичные показатели 35 доноров.

Анализ исследований по чувствительности к теofilлину позволил определить, что популяция Т-хелперов, менее активная в числе прикрепляемых эритроцитов барана, сосредоточена в 1 и 2 группах (65,7% и 30,8% соответственно). В третьей группе уровень этих клеток составил лишь 3,6%. Теofilлинчувствительные клетки (Т-супрессоры) имеют на своей поверхности большее число рассматриваемых рецепторов, в связи с чем их профиль распределения отмечен максимальным количеством во 2 группе - 59,8%, в 3 группе - 23,5% и только 14,9% - в 1 группе Т-РОК.

У больных аллергическим риносинуситом в период обострения заболевания отмечены снижение числа теofilлинчувствительных Т-клеток ($P < 0,001$) и значительный рост количества теofilлинустойчивых Т-РОК ($P < 0,001$), причем снижение уровня Т-клеток наблюдалось в 3 и частично во 2 группах, а увеличение этого показателя отмечено в 1 и частично во 2.

Влияние стимуляторов Т-звена (тималина и тимоптина) на экспрессию рецепторов Т-лимфоцитов характеризовалось следующим образом: наиболее существенно ($P < 0,001$) увеличилось количество Т-клеток, формирующих розетки, характеризуемые как "морулы" (более 8 эритроцитов); значительное

накопление Т-лимфоцитов ($P < 0,05$) произошло во 2 группе Т-РОК. Отмечена тенденция к снижению количества Т-клеток в менее активной популяции.

В период ремиссии заболевания влияние корректоров Т-звена обусловило более значимое увеличение числа Т-клеток в 1 группе ($P < 0,05$). Менее значимо возросло число Т-клеток во 2 и 3 группах. Значимой разницы между влиянием тималина и тимоптина на Т-лимфоциты в рассматриваемые периоды не выявлено.

Таким образом, можно предположить, что в период обострения стимуляторы Т-звена наиболее активны в отношении антигенспецифических Т-супрессоров, стимулируя иммуносупрессивные свойства, тогда как в период ремиссии активность иммунокорректоров направлена на стимуляцию антигенспецифических Т-хелперов, обуславливая, вероятно, стимуляцию специфических I G-антител. Следовательно, использование стимуляторов Т-клеток возможно как в период обострения заболевания, так и в фазе ремиссии.

В.Я. Кунельская (Москва) КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА

В последние годы изолированные грибковые заболевания полости носа стали встречаться значительно чаще. Между тем, лечение этой патологии представляет известные трудности.

Под нашим наблюдением находилось 27 больных с грибковыми заболеваниями полости носа. Основными возбудителями были грибы рода *Penicillium* (у 12 больных) и рода *Candida* (у 10 больных). Грибы родов *Aspergillus*, *Mucor* были причиной заболевания лишь в единичных наблюдениях. У большинства больных изменения в полости носа носили деструктивно-язвенный характер. Излюбленной локализацией грибкового процесса являлась перегородка носа в передней или в средней ее трети. В этой области при грибковых процессах появляются изолированные язвы с неровными инфильтрированными краями. Язвенная поверхность обычно покрыта серо-белыми или желтоватыми пленчатыми налетами.

Обращает на себя внимание тот факт, что микоз полости носа диагностирован нами у лиц старших возрастных групп (после 45 лет). Возможно, в инфицировании грибами полости носа имеет значение как возрастное снижение реактивности организма, так и инволютивные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся в развитии атрофических явлений, что создает благоприятные условия для развития грибов. Эти патогенетические моменты учитывались при терапии больных с данной патологией. Кроме противогрибковых средств, применялась общая терапия, ведущая к укреплению защитных реакций организма, восстанавливающих общие тканевые реакции.

При общем противогрибковом лечении применялись полиеновые антибиотики: нистатин, леворин, амфоглюкамин, низорал, дифлукан. При плесневых

микозах эффективнее терапия низоралом. При кандидамикозах, по нашим данным, высокоэффективен новый препарат дифлукан (флуконазол). Флуконазол по химическому строению является представителем нового класса триазольных соединений. Он был применен при лечении 10 больных с кандидозным поражением полости носа.

При местном лечении микозов полости носа использовались противогрибковые средства в виде мазей в связи с тем, что грибковый процесс возникает на фоне атрофических и субатрофических явлений в слизистой оболочке носа. Преимуществом мазевых аппликаций является то, что при них значительно удлиняется время взаимодействия лекарственного средства с инфекционным очагом поражения. Правильно выбранная мазевая основа способствует регенерации язвенных грибковых поражений слизистой оболочки полости носа.

При лечении применялись мази: левориновая, нистатиновая, клотримазол, миконазол. Для усиления противовоспалительного эффекта при микотических аллергических процессах в полости носа целесообразно применение мазей с комбинацией противогрибковых и кортикостероидных препаратов. Таковыми являются дермозолон и локакортен-виоформ. В этом плане особенно эффективной является мазь с виоформом, последний является противогрибковым препаратом, производным хинолина. Ввиду резистентности грибковых штаммов к лекарственным агентам при длительном их применении при местном лечении необходимо чередовать различные медикаментозные препараты. После исчезновения клинических проявлений микоза полости носа (ликвидация выделений, исчезновение инфильтратов, рубцевание язв) больным назначалось вливание в нос водного раствора 0,1% хинозола. Это необходимо для предупреждения рецидивов заболевания.

В результате проведенного лечения по вышеизложенной методике нам удалось достигнуть непосредственного клинического излечения, подтвержденного микологическими исследованиями, у всех 27 больных.

И.П. Енин, В.П. Карпов, В.М. Моренко, Н.Л. Ягода, А.Д. Фаянс (Ставрополь)

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ

Одной из актуальных проблем современной ринологии является изыскание более совершенных методов лечения аллергических риносинуситов (АС). В последние годы выявлена четкая зависимость между тяжестью и длительностью течения АС и концентрацией гистамина у обследованных больных, а также уровнем содержания иммунных комплексов в тканях шокового органа, поэтому целенаправленное воздействие лекарственных препаратов на шоковую зону организма заслуживает самого пристального внимания.

С целью уменьшения вазомоторных нарушений, развивающихся при АС в слизистой оболочке носа и околоносовых пазухах, подавления токсического действия гистамина в комплексную терапию этого заболевания мы включали

интал и тавегил. Не обладая выраженной антигистаминной активностью, интал тормозит дегрануляцию тучных клеток и задерживает высвобождение из них медиаторных веществ, способствующих развитию аллергических реакций. Интал применялся в виде 1% водного раствора для эндоназального электрофореза. Курс лечения состоял из 10-12 процедур. Тавегил, обладая выраженным антигистаминным действием, предупреждает развитие отека тканей, уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций. Мы вводили 1% раствор тавегила внутрислизисто в передние концы нижних носовых раковин по 0,5 мл в каждую раковину ежедневно. Курс лечения состоял из 10-15 инъекций препарата в каждую раковину.

Под нашим наблюдением находились 112 больных, страдавших АС, сопровождавшихся выраженным затруднением носового дыхания, anosмией, постоянными выделениями из носа. Полипозный этмоидит диагностирован у 72 человек, полипозный этмоидит и гайморит - у 30, поражение всех околоносовых пазух было выявлено у 10 больных. У 96 обследованных ранее была произведена полипотомия носа от 1 до 8 раз. 89 больных ранее перенесли хирургические вмешательства на околоносовых пазухах. Все больные находились на диспансерном учете у аллерголога. 36 пациентов получали эндоназальный электрофорез 1% раствора интала, 48 - инъекции 1% раствора тавегила в нижние носовые раковины, остальным 29 больным проводились другие виды неспецифической десенсибилизации.

Сравнительная оценка избранных методов лечения показала, что местное применение антигистаминных препаратов привело к стойкой длительной ремиссии у 74,7% больных с восстановлением носового дыхания, улучшением обоняния, исчезновением выделений из полости носа. У 82% пациентов улучшилась рентгенологическая картина, уменьшился отек слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Данная оценка результатов лечения подтверждена цитологическими, иммунологическими, микробиологическими и другими методами обследования.

Таким образом, в арсенале отоларинголога имеется достаточное количество методов лечения АС. Выбор наиболее оптимальных из них в каждом конкретном случае должен производиться индивидуально. Наш опыт позволяет рекомендовать местное применение антигистаминных препаратов в комплексе с общепринятыми методами лечения аллергических риносинуситов.

Г.И. Марков, М.Г. Марков (Ярославль)
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Лечение острых и хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух является актуальной проблемой до настоящего времени. Достаточно ознакомиться с рекомендациями Б. Л. Французова и С. Б. Французовой (1988), которые приводят около 115 рецептов лекарственных смесей в растворах, эмульсиях, мазях, порошках для нанесения на слизистую оболочку полости носа при различных воспалительных заболеваниях, чтобы понять, что большинство прописей имеет симптоматическую направленность. Последние годы имеется тенденция патогенетического применения лекарственных препаратов, используемых для лечения воспалительных процессов полости носа (Н.А.Арефьева и соавт., 1990). Вновь рассматривается вопрос о пролонгировании действия лекарств (Г.З.Пискунов, 1987). Однако, до сих пор неизвестны методы защиты слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух от вредного воздействия лекарственных веществ. Еще в 1955 г. У.Eigler указывал на то, что большая часть лекарственных препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний полости носа, оказывает негативное влияние на слизистую оболочку. Это подтверждают и наши данные, полученные в эксперименте на мерцательном эпителии животных (Г.И.Марков, 1987).

Более 10 лет мы используем для защиты слизистой оболочки крахмально-агаровый гель (КАГ) как основу для лечебных смесей. Клинические и экспериментальные данные подтвердили его хорошие защитные свойства. В процессе апробации выявлены и другие преимущества лекарственных смесей на этой основе:

- а) гель имеет вязкость и рН, близкие к носовой слизи;
- б) пребывает на поверхности слизистой оболочки полости носа 20-30 мин;
- в) дает возможность введения в состав смеси препаратов разнонаправленного действия, причем концентрация их в 10 раз ниже, чем в общепринятых смесях, без снижения терапевтического эффекта;
- г) может длительно использоваться без отрицательных последствий;
- д) возможность индивидуального приготовления смеси для конкретной патологии с учетом патогенетических факторов.

Смесями на основе КАГ было пролечено 360 человек с различными воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух. В пазухи смеси вводили с помощью прокола или синус-катетера "ЯМИК". Практически при всех острых процессах получены положительные результаты. Хронические, в том числе и аллергические, заболевания поддавались коррекции. Применение лекарственных смесей на основе КАГ позволило нам в большинстве случаев отказаться от оперативного лечения полипозных риносинуситов.

Таким образом, лекарственные смеси на основе КАГ дают возможность патогенетического воздействия на воспалительный процесс с хорошим защитным и лечебным эффектом.

А.Н. Помухина, С.Л. Трофименко, А.П. Давыдова, Ю.Ф. Сарауш-Залесский, А.И. Поляк, В.В. Зотова (Ростов-на-Дону).

ХРОНИЧЕСКИЕ АДЕНОИДИТЫ КАК ПРИЧИНА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Исследования иммунологов в последние годы доказали важную роль лимфаденоидной ткани в обеспечении инфекционной защиты слизистых оболочек. Клинические наблюдения показывают, что в последние годы увеличилось число больных хроническим аденоидитом как среди детей, так и среди взрослых. В течение последних 4 лет мы наблюдали за клинической картиной аденоидита у 72 детей в возрасте от 20 месяцев до 10 лет, а также у 23 взрослых в возрасте от 16 до 39 лет. У большинства больных обострению хронического аденоидита предшествовала острая респираторная вирусная инфекция, чаще аденовирусная. У 24 из 72 больных с хроническим синуситом, трудно поддающимся лечению, был выявлен хронический аденоидит в небольшой по величине носоглоточной миндалине.

Исследования С.З.Пискунова и Г.З.Пискунова (1991) и клинические наблюдения подтверждают значение аденовирусов, персистирующих в лимфоидной ткани, в развитии хронических аденоидитов. Вместе с тем, проведение специфического аллергологического обследования у 13 взрослых с хроническим аденоидитом выявило у 12 из них сенсibilизацию к стафилококку. С целью определения иммунного статуса мы провели иммунологическое обследование 69 детей и 11 взрослых, больных аденоидитом. У взрослых отмечалось снижение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов до 38,5-32% (0,87 -0,62 тыс/мкл) при нормальном количестве В-лимфоцитов, а у детей констатировано, в основном, снижение их функциональной активности при повышенном абсолютном и относительном числе Т и В-лимфоцитов, что можно расценить как компенсаторную реакцию иммунной системы. Так, у обследованных детей число Т-лимфоцитов составило 58,7±1,52% (1,63±0,10 тыс/мкл), а В-лимфоцитов - 22,0±1,2% (0,68±0,10 тыс/мкл), в то время как у здоровых детей показатели Т-лимфоцитов не превышали 51,10±2,31 (1,31±0,26 тыс/мкл), а В-лимфоцитов - 17,7±1,2 (0,55±0,09 тыс/мкл). В содержании иммуноглобулинов у взрослых наблюдалось снижение уровня сывороточных JgG (9,4-13,25 г/л) и JgA (0,32-0,83 г/л) при нормальном количестве JgM. Достоверных изменений уровня сывороточных иммуноглобулинов у обследованных детей не отмечено. Исследование содержания иммуноглобулинов слизи носа выявило снижение содержания секреторного JgA (0,64-0,9 г/л) у всех обследованных больных. Нами разработан комплекс лечебных мероприятий, направленный на различные звенья этиологии и

патогенеза хронического аденоидита. Курс лечения лучше начинать в период обострения. Проводится общая антибактериальная терапия, с использованием антистафилококковых препаратов и общая неспецифическая десенсибилизация. Курс терапии стафилококковым антифагином проведен 9 взрослым больным. Хорошей санирующей процедурой является промывание полости носа и носоглотки смесью лекарственных препаратов. После ликвидации обострения гнойного воспалительного процесса в носоглотке для воздействия на персистирующую аденовирусную инфекцию мы проводим курс вливаний в носоглотку лейкоцитарного интерферона. Стимуляция местного иммунитета осуществляется вливанием через нос тимических препаратов. Мы отдаем предпочтение тималину и Т-активину, стимулирующих хелперную субпопуляцию Т-лимфоцитов, а также их синтетическому аналогу тимогену. Из дополнительных методов лечения мы широко используем гелий-неоновый лазер. Облучение носоглотки проводится через рот изогнутым проводником световода с расфокусированным наконечником. Лечение было эффективным у 15 больных. Трех взрослым больным при гиперплазии лимфоидной ткани I степени произведена криоапликация носоглоточной миндалины носоглоточным наконечником, адаптированным к криоапликатору КАГ-01. Пяти больным при аденоидитах II степени была произведена аденоидотомия.

Л.Е. Пономарев, А.Н. Зинкин (Краснодар)

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ И ТОНЗИЛЛИТОВ У ДЕТЕЙ НА КУРОРТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО НЕКОГЕРЕНТНОГО КРАСНОГО СВЕТА

Хронические заболевания верхних дыхательных путей, в том числе риносинуситы и тонзиллиты - наиболее частая патология у детей прибывающих на лечение в г. Анапу - самый большой детский курорт страны. Основные причины хронического течения этих заболеваний - снижение реактивности детского организма и малая чувствительность микрофлоры полости носа и глотки к лекарствам. Биостимуляция организма может быть вызвана фототерапией с применением гелий-неонового лазера с длиной волны 633 нм и мощностью 10-40 мВт. Лазерное излучение с такими параметрами оказывает противовоспалительное и гипосенсибилизирующее действие. Низкоинтенсивный некогерентный красный свет (ННКС) стимулирует синтез нуклеиновых кислот вблизи 630, 680 и 760 нм, то есть в более широком диапазоне, чем гелий-неоновый лазер. ННКС оказывает более широкое действие на организм, в частности на тромбоциты крови (М.С.Плужников и соавт., 1992).

Фототерапия с использованием ННКС впервые была применена нами в 1988 г., сначала при лечении хронического тонзиллита (А.с. N 1703133), а затем - риносинуситов и других заболеваний ЛОР-органов. Источником ННКС была лампа накаливания с красным светофильтром для выделения широкополосного красного света с длиной волны 600-850 нм. Передача такого света

осуществлялась по стандартному световоду, который закреплялся на шпатель или носовом зеркале и мог удерживаться самим больным. Плотность потока мощности (ППМ) - 50 мВт/см², экспозиция 2-3 мин. Когерентный и некогерентный красный свет, не обладая антимикробными свойствами, активизируют фагоцитоз, это выражается в его противовоспалительном действии при риносинуситах и тонзиллитах. При лечении детей с указанной патологией использовали также ультразвук и метод вакуум-гидротерапии с естественными факторами курорта Анапа - минеральными водами и растворами лечебных грязей, которые, по нашим данным, обладают антимикробными свойствами.

Под наблюдением находилось 75 детей с хроническим риносинуситом и 80 с хроническим тонзиллитом в возрасте 7-14 лет. Эффективность лечения оценивалась на основании клинических данных, иммунологических показателей (IgA; IgG; IgM; кЕ-РОК; тЕ-РОК; рЕ-РОК; вЕ-РОК; Тх/Тс), содержания антистрептолизина-0, данных ультразвукового и тепловизионного исследований. В результате лечения положительные результаты отмечены у 76% больных с хроническим тонзиллитом и у 72% больных с хроническим риносинуситом.

У детей с хроническим риносинуситом и тонзиллитом отмечена положительная динамика в клинике заболеваний, которая подтверждена лабораторными методами исследования: повышенным содержанием IgA в плазме, нормализацией индекса Тх/Тс с повышением количества Т-супрессоров при хроническом тонзиллите и повышением Т-хелперов при хроническом риносинусите, снижением концентрации АСЛ-0 в плазме и гипертермии над очагами воспаления.

И.В. Горбоносое (Краснодар)

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЕНЗОФУРОКАИНА ПРИ ВНУТРИНОСОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Нами была поставлена задача изучить возможность применения бензофуурокаина - нового препарата, обладающего местноанестезирующим, противовоспалительным и ранозаживляющим действием - в качестве местного анестетика при подслизистой резекции носовой перегородки и влияние его на регенерацию тканей в послеоперационном периоде. Под местной инфильтрационной анестезией 1% раствором бензофуурокаина было выполнено 26 подслизистых резекций носовой перегородки. В контрольной группе из 20 человек операции выполнялись под местной анестезией 0,5% раствором новокаина.

Эффективность обезболивания оценивали по субъективным ощущениям больных и состоянию гемодинамики (частота сердечных сокращений, артериальное давление) на отдельных этапах операции. У части больных проводились сенсометрические исследования - определение болевой чувствительности слизистой оболочки носа к гальваническому току по В. А. Ершовой (1966).

При введении бензофуорокаина у 10 больных (38,5%) было легкое жжение, которое проходило через несколько секунд. Во время операции 4 больных (15,4%) не ощущали боли, 12 больных (46,1%) отмечали умеренную болезненность и 10 больных (38,5%) характеризовали ее как сильную. Артериальное давление у всех больных не превышало 130 мм рт. ст. , даже в тех случаях, когда отмечались выраженные болевые ощущения. В контрольной группе двое больных не предъявляли жалоб на боль, 9 больных (45%) отмечали болезненность и 9 человек (45%) - сильную боль. У них имело место значительное повышение АД (до 190/120 мм рт. ст.), особенно во время наиболее болезненных этапов операции. Пульс и дыхательные движения учащались в обеих группах больных в соответствии с выраженностью болевого синдрома.

В послеоперационном периоде 19 больным назначали внутримышечные инъекции 1% раствора бензофуорокаина по 10 мл 2 раза в сутки, начиная со дня операции. Регенеративный период оценивали по данным риноскопии, температуры тканей на месте вмешательства и по срокам восстановления проходимости полости носа, которую определяли методом ринопневматометрии.

У всех больных, получивших бензофуорокаин, отек слизистой оболочки носа был менее выражен, чем в контрольной группе и носовое дыхание восстанавливалось быстрее (на 7 день в основной группе и на 12-14 день в контрольной). Температура слизистой оболочки полости носа была ниже, чем в контрольной группе, и быстрее наступала ее нормализация.

Выводы:

1) Использование 1% раствора бензофуорокаина в качестве местного анестетика при подслизистой резекции носовой перегородки оказывает выраженный обезболивающий эффект;

2) У больных, получавших бензофуорокаин в послеоперационном периоде, отмечались менее выраженные реактивные явления, раньше наступала нормализация температуры и восстановление носового дыхания.

Р.Г. Анютин, В.М. Фролов (Москва)

ЩАДЯЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Хронический гипертрофический ринит характеризуется гиперплазией слизистой оболочки носовых раковин и разрастанием соединительной ткани в передних и задних отделах нижней и средней носовых раковин. При воспалении слизистой оболочки полости носа в ее эпителиальном слое увеличивается число бокаловидных клеток, вследствие чего изменяется нормальное соотношение мерцательных и бокаловидных клеток. В некоторых участках эпителиального пласта поверхностный слой представлен только секреторными клетками. Исследование транспортной функции мерцательного эпителия у этих больных

выявляет ее резкое угнетение или паралич цилиарной активности, утрачивается способность слизистой оболочки выполнять одну из важнейших своих функций - транспортную (мукоцилиарная транспортная система), обеспечивающую удаление оседающих на поверхности слизистой оболочки инородных частиц и микроорганизмов.

В функциональном отношении слизистая оболочка полости носа представляет собой огромную рецепторную поверхность, являющуюся рефлексогенной зоной и опосредованно способствующей повышению иммунологической реактивности организма. Классические методы лечения больных хроническим гипертрофическим ринитом - прижигание слизистой оболочки различными химическими растворами, гальванокаустика и конхотомия направлены на разрушение слизистой оболочки носовых раковин и нарушение ее физиологической функции.

Исходя из вышеизложенного, в последние годы при лечении больных хроническим гипертрофическим ринитом мы применяли слизистосохраняющие методы - ультразвуковую подслизистую дезинтеграцию и лазертерапию слизистой оболочки нижних носовых раковин. Ультразвуковую дезинтеграцию мы производили по разработанной нами методике эндоконхальной деструкции костного каркаса раковины. Лазерное облучение слизистой оболочки нижних носовых раковин осуществляли через контактный световод.

Нами проведено обследование и лечение 72 больных: из них 48 с хроническим гипертрофическим ринитом (мужчин 26, женщин 22) и 24 с нейровегетативной формой вазомоторного ринита (мужчин 9, женщин 15). Возраст больных - от 21 года до 58 лет, длительность заболевания - от 5 до 18 лет. Всем больным по месту жительства проводилось лечение с помощью различных методов воздействия на слизистую оболочку, 12 больным с хроническим гипертрофическим ринитом ранее была произведена конхотомия. У этих пациентов в дальнейшем клинически и рентгенологически был выявлен синусит, что на наш взгляд является следствием снижения иммунологической реактивности организма вследствие уменьшения объема слизистой оболочки полости носа.

В результате проведенного нами лечения стойкий положительный эффект был достигнут у 39 больных хроническим гипертрофическим ринитом и у 18 вазомоторным ринитом (сроки наблюдения 3 года).

Таким образом, анализируя результаты различных методов лечения больных хроническими гипертрофическими ринитами, мы пришли к выводу, что применению слизистосохраняющих способов лечения - эндоконхальной ультразвуковой деструкции и лазертерапии - следует отдать предпочтение, так как они сохраняют физиологическую функцию слизистой оболочки носовых раковин и препятствуют возможности возникновения синуситов.

Рекомендуемые методы просты в выполнении и могут широко использоваться в практической ринологии.

**В.Д. Меланьин, О.Г. Хоров, Н.С. Бородавко, И.П. Сафончик, И.Ч. Алещик
(Гродно, Беларусь)**

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НАРУЖНОГО НОСА

В течение последних лет количество больных, обращающихся за помощью в связи с нарушением формы носа, остается значительным, а требования со стороны пациента повышаются. За последние три года под нашим наблюдением в клинике Гродненского медицинского института находилось 147 больных с травматической деформацией и врожденными дефектами наружного носа. Среди них женщин было 28, мужчин - 72, а возраст у большинства из них был от 15 до 56 лет. На нарушение формы носа в результате травмы указывали 111 больных. В первые сутки после травмы за помощью обратились 48, в период до 10 суток - 27. При обследовании у 9 больных был выявлен ринолордоз, у 32 - ринокифоз, у 58 - риносколиоз. Сочетание этих изменений было установлено у 48 пациентов.

В ранние сроки после травмы, когда еще не наступило полной консолидации костных отломков, выполняли редрессацию и репозицию костных отломков внутриносовым доступом. Для обезболивания использовали внутривенный наркоз. В более поздние сроки при риносколиозе выполняли боковую остеотомию внутриносовым доступом, устанавливали скелет носа в срединное положение. При наличии седловидной деформации в карман, сформированный на спинке носа, эндоназальным доступом вводили трансплантат, которому придавали форму устраняемого дефекта. Трансплантат готовили из аллогенного реберного хряща, консервированного в 0,5% растворе формалина. Отторжения в ранние и отдаленные сроки после операции не наблюдалось. Форма трансплантата с течением времени не изменялась. Коррекцию горбатого носа выполняли эндоназальным доступом, удаляя горб долотом. Мягкие неровности сглаживали рашпилем. При образовании широкой спинки носа после удаления горба вмешательство дополняли боковой остеотомией. Боковые смещения в хрящевом отделе носа устраняли в основном путем мобилизации четырехугольного хряща и возвращения его в срединное положение. Искривленные части хряща иссекали. Длинный нос исправляли, удаляя каудальный край четырехугольного хряща и частично крыльчатые хрящи.

Довольно часто у больных сочеталась внутриносовая патология и дефекты наружного носа. У этих пациентов хирургическое вмешательство выполняли в один этап. Сначала устраняли искривление носовой перегородки, затем корректировали форму носа. К костно-хрящевому остову перегородки носа относились щадяще. Использовали прием формирования ровного фрагмента хряща на питательной ножке. Ровную хрящевую пластинку в передних отделах перегородки сохраняли. Во время операции хрящ временно смещали в сторону. Небольшими операциями на носовых раковинах, типа конхотомии, ультразвуковой дезинтеграции, заканчивали операцию.

У большинства пациентов нам удалось добиться хорошего косметического эффекта. Оценка результата лечения пациентом, как правило, совпадала с оценкой хирурга.

Л. Мартинкенас, Р. Толочка, М. Адомайтене (Вильнюс, Литва)
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА И
ПЕРЕГОРОДКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ

В большинстве клиник переломы костей носа и перегородки лечатся методом репозиции с наружной фиксацией носа или без нее. Многие авторы (А.Курилин, В.Коломийцев, 1969; Мюррей, Маран, 1980; Шредер и соавт., 1983; Диксон, Шорп, 1986) отмечают удовлетворительные результаты лечения в 30-70% случаев. Д.Гарисон (1979), И.Мюррей и соавт. (1984), экспериментируя на трупах, установили типичные линии локализации переломов в области перегородки. Основываясь на этих данных, была разработана теория хирургического лечения травм носа в остром периоде, и наши клинические данные подтверждают эту теорию (Л.Мартинкенас и соавт., 1983). В доступной нам литературе из России и бывших республик СССР мы не обнаружили данных о применении данного метода. В период с 1982 по 1992 г. в нашей клинике лечились 696 пациентов с острыми травмами носа. Из них 300 (43,2%) имели умеренные или значительные деформации носа и перегородки. Возраст пациентов колебался от 18 до 60 лет, мужчин было 225 (75%), женщин - 75 (25%).

Оперативному лечению подверглись 300 больных. Была произведена вертикально-горизонтальная подслизистая резекция перегородки, репозиция костей носа и фиксация. Рентгенологические исследования и интраоперацион-ные данные показали, что переломы и дислокации в большинстве случаев наблюдаются в хрящевой части перегородки. Линии перелома начинаются на 1,5 - 2,5 см выше соединения хряща перегородки с сошником и идут вертикально вверх. Мы производили вертикально-горизонтальную резекцию места перелома и репозицию костей носа. В случаях небольшой седловидной деформации в хрящевом отделе спинки носа подсаживали резецированные и раздавленные специальным прибором кусочки аутохряща перегородки.

Отдаленные результаты через 2-3 года прослежены у 159 больных. Основываясь на полученных данных мы распределили результаты на следующие категории:

ХОРОШИЕ результаты:

- ось носа и перегородки прямые,
- хорошее носовое дыхание,
- довольны пациент и хирург.

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ результаты:

- небольшое искривление перегородки, - хорошее носовое дыхание,
- доволен пациент.

ПЛОХИЕ результаты:

- значительное искривление носовой перегородки без или с нарушением носового дыхания.

Хорошие результаты отмечены в 126 (79,3%) случаях, удовлетворительные - в 25 (15,7 %) и плохие в 8 (5%) случаях. У трех из 8 больных наблюдали горбинку или седловидность спинки носа. У 5 больных были значительные затруднения носового дыхания. Плохих косметических результатов в последнее время не наблюдали, так как при небольших седловидных деформациях применяли пересадку аутохряща перегородки. Таким образом, наши данные подтверждают что, применение данной методики является эффективным методом лечения переломов костей носа и перегородки в остром периоде травмы.

М. Куль, Л. Шоттер (Тарту, Эстония)

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ГЛАЗА

Начиная с 1992 г. нами разработан и применяется при лечении хронического дакриоцистита и травматических повреждений носослезного канала трехлазерный эндоназальный метод дакриоцисториностомии.

Сущность метода заключается в следующем. Местное обезболивание производится с помощью введения 2% раствора дикаина в слезные пути и распыления 10% раствора лидокаина на слизистую оболочку носа. Через верхний слезный каналец глаза в слезный мешок, к нижнемедиальной его стенке, вводится специальный световод в качестве пилотного лазера для эндоназальной локализации места вмешательства. В среднем носовом ходе устанавливается место наибольшего просвечивания луча гелий-неонового лазера и с помощью Nd: YAG-лазера со специальным световодом удаляются мягкие ткани латеральной стенки полости носа. После этого эксимерным лазером (XeCl, 308 nm) производится фенестрация слезной кости на участке 5x5 мм. С помощью металлического наконечника световода гелий-неонового лазера стенка слезного мешка выталкивается в костный проход и удаляется Nd: YAG-лазером. В слезные пути вводится мазь с антибиотиками.

Эндоназальный метод дакриоцисториностомии был применен нами в 21 случае. Оперировались 10 мужчин и 11 женщин в возрасте от 7 до 82 лет. Показаниями к операции было закрытие носослезного канала вследствие хронического дакриоцистита (8 случаев), травмы (4 случая), врожденной дисплазии (4 случая), а также после ранее проведенной наружной дакриоцисториностомии (5 случаев). В 4 случаях имела место и окклюзия одного слезного каналца. В этих случаях в слезные пути после операции вводился на 3 месяца пластиковый зонд.

В итоге применения трехлазерного метода эндоназальной дакриоцисториностомии в 19 случаях результат был положительным (глаз остался сухим в

течение срока наблюдения до 2 лет). В 2 случаях (врожденная патология) функционального эффекта мы не добились.

В.В. Петрецкий (Ужгород, Украина)
КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ
КАЛДУЭЛЛА-ЛЮКА

В конце прошлого столетия Калдуэлл (1893) и позднее Люк (1897) предложили метод радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. Ринохирурги, в основном удовлетворенные результатами данного вмешательства, указывали на различные недостатки этой операции (кровотечения, парестезии, невралгии, рубцовые изменения в тканях щеки), что связывалось с излишней радикальностью. Введение щадящих методов оперирования позволило свести эти неприятные последствия к минимуму.

Одним из основных критериев определения эффективности оперативного вмешательства является частота рецидивов. С этой точки зрения мы провели анализ 4012 историй болезни у больных с хроническими гайморитами. Из них у 3252 (81,05%) произведена операция Калдуэлла-Люка, остальные лечились консервативно. Мы являемся сторонниками щадящего принципа оперирования. Это заключается в небольшом разрезе в преддверии полости рта (от 4 до 6 зуба) и небольших размерах трепанационного отверстия в передней стенке пазухи (1,5-2 см в диаметре). В то же время мы считаем необходимыми полное удаление патологически измененной слизистой оболочки и образование достаточно большого (1,5x1,5-2 см) соустья. Исключения допустимы только в случаях удаления кист, локализующихся на какой-то одной стенке, и при отсутствии патологических изменений слизистой оболочки остальных отделов. Тампонаду пазухи производим только в случае крайней необходимости. Контроль за тщательностью обработки стенок пазухи производим с помощью гортанного зеркала малых размеров (8-12 мм). Для обработки стенок пазухи применяем различные щипцы, кюретки и ложки, в т.ч. изготовленные из нетвердых сплавов, которым можно придать необходимый изгиб во время операции.

Рецидив гайморита наступил у 230 больных (7,1%). У большинства из них (178) консервативное лечение привело к санации пазухи. 52 больных (1,6%) пришлось реоперировать, в 2 случаях - неоднократно. Причины рецидивов: сужение или полное заращение соустья (28 больных), случайное или сознательное сохранение патологически измененной слизистой оболочки в бухтах или на орбитальной стенке пазухи (15 и 6 случаев), инородные тела в виде марлевого тампона или резиновой полоски (2), одонтогенный процесс, возникший спустя 11 лет после операции (1). Соустье у 24 лиц было достаточно широким. Почти полное или полное восстановление костной ткани в области передней стенки пазухи отмечено у 9 больных. В реоперированных пазухах полипоз обнаружен у 20, гнойный и гнойно-пол-

ипозный процесс - соответственно у 12 и 9, кисты - у 8 и мукоцеле - у 3 больных. Рецидивам гайморита сопутствовали: гиперпластический этмоидит у 8, полипозно-гнойный этмоидит у 20, полипозный сфеноидит у 11, полипозно-гнойный сфеноидит у 2, хронический гипертрофический ринит у 7 больных, что потребовало проведения дополнительных оперативных вмешательств.

Последнее десятилетие характеризуется изменением взглядов на радикальность хирургического вмешательства при заболеваниях верхнечелюстной пазухи в связи с внедрением в практику функциональной эндоназальной микрохирургии. Бесспорно, что эта операционная техника представляется более щадящей по сравнению с экстраназальным доступом. Многие ринохирурги, освоившие эту технику, считают операции типа Калдуэлла-Люка анахронистическими. Несмотря на увеличение количества приверженцев функциональной эндоскопической хирургии, в литературе мы не нашли данных о количестве рецидивов, что не позволяет сделать вывод о безусловном преимуществе данного метода. С получением такой статистики можно будет или с полной уверенностью отдать пальму первенства новому течению, или все-таки реабилитировать операцию Калдуэлла-Люка, с успехом применяющуюся на протяжении 100 лет.

И. Кайнц (Грац, Австрия)

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ - ТЕХНИКА МЕССЕРКЛИНГЕРА

Функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух (ФЭХОП) была разработана на базе обновленных и углубленных представлений о патофизиологии носа и околоносовых пазух. Первоначально эндоскопическая диагностика создала впечатление, что процесс в верхнечелюстной и лобной пазухах является вторичным по отношению к решетчатому лабиринту. Болезнь обычно начинается в полости носа и распространяется через решетчатый лабиринт к более крупным пазухам. Обычная риноскопия и рентгенография часто недостаточны для того, чтобы выявить скрытые причины хронического и рецидивирующего синусита. Комбинация диагностической эндоскопии латеральной стенки полости носа с обычной или компьютерной томографией проявила себя как идеальный метод диагностики воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. Благодаря такому диагностическому подходу можно избежать многих ненужных операций, применяя необходимые медикаментозные средства, часто под эндоскопическим контролем, локально, именно в области, являющейся исходной точкой болезни.

Если существуют четкие показания к хирургическому лечению, то последнее направлено только на устранение причины синусита, которая находится на латеральной стенке полости носа, а не на пазухи, вовлеченные во вторичный процесс. Воспаление в них обычно стихает без специального

лечения после внутриносовой операции. При помощи щадящих хирургических вмешательств, адаптированных к конкретной патологии, производится вскрытие пораженных отделов решетчатого лабиринта, расширяются и санируются стенозированные отделы выводных путей верхнечелюстной и лобной пазух. Во время таких вмешательств слизистая оболочка сохраняется настолько это возможно, следует быть осторожным и не обнажать большие участки кости. При необходимости может быть произведена тотальная сфеноэтомидэктомия, но основным достижением данной техники является то, что даже в случаях распространенного процесса радикальных методов, как правило, удается избежать.

Тем не менее, ФЭХОП не является панацеей. Хотя ФЭХОП имеет широкий спектр показаний, у этой техники есть и свои ограничения и специфические проблемы. При всех видах хирургии решетчатого лабиринта требуются детальное знание топографической анатомии, адекватная подготовка и опыт хирурга для того, чтобы снизить риск возможных осложнений.

Помимо хронических синуситов, мукоцеле, осложнений хронических синуситов и полипозного процесса ФЭХОП имеет и другие показания. Последними достижениями, расширяющими возможности эндоскопической трансназальной хирургии являются декомпрессия орбиты и зрительного нерва.

Й.Л. Мартинкенас (Вильнюс, Литва) НАШ ОПЫТ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУГИИ

Функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух - это новое качество в ринологии. Эндоскопия носа и КТ представляют диагностическую информацию, которая не может быть идентифицирована другими средствами. Цель функциональной эндоскопической хирургии - восстановить вентиляцию и мукоцилиарный транспорт в пазухах через натуральные пути. Чаще всего причина болезни находится в передних этмоидальных клетках (инфундибулум, остиомеатальный комплекс). В период с 1992-1993 мы обследовали и оперировали 80 больных. Всего было 36 мужчин и 44 женщины. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет. Больные обследовались по специально разработанному трафарету. Выявлялись жалобы на головные боли, выделения из носа, обструкцию носа, аллергические изменения и предшествующие операции. Больным производилась передняя и задняя риноскопия. При помощи 0' 4 мм и 30' 2,7 мм ригидных телескопов Хопкинса выполнялась эндоскопия носовой полости, до операции производили КТ. У 26 был диагностирован рецидивирующий риносинусит, у 28 - полипоз носа и 26 - полипы носа совместно с синуситом. 33 больных имели аллергические заболевания, чаще во II и III группах. У 7 пациентов выявлена триада -астма, аллергия к аспириновым препаратам и полипоз носа. Отмечены следующие симптомы: выделения из носа, нарушение дыхания и головная боль. Головные боли имели различную локализацию. Однако, более характерны

были медиальные канталые боли. Многим пациентам ранее выполнялись различные хирургические вмешательства, чаще всего полипотомии, операции на перегородке, операция Калдвелла-Люка. Различные анатомические структурные варианты, предрасполагающие к болезни обнаружены у многих больных. У 27 была искривлена перегородка носа, у 23 - дислоцирован рг. uncinatus, у 11 - concha bullosa и у 9 - большая bulla ethmoidalis. Все больные были оперированы по методу Мессерклингера и Штаммбергера (спереди назад). В зависимости от патологического процесса объем операции варьировал от инфундибулотомии до тотальной сфеноэтмоидэктомии. У 80 больных были произведены 177 хирургических манипуляций. Чаще всего выполнялась инфундибулотомия (53), передняя этмоидотомия (64), реже - передняя и задняя этмоидотомия (24) или полная сфеноэтмоидэктомия (9). У 21 больного произведена септопластика.

В отдаленном периоде (от 5 до 12 месяцев) мы обследовали 61 больного. Хорошие результаты были получены у 74,4% больных, улучшение - у 18% и без изменений - у 6,6%. Интра- и послеоперационные осложнения были у 14 больных. Однако, мы наблюдали только 1 большое осложнение - диплопию, которая после консервативного лечения исчезла. У 5 больных были кровотечения, у 1 - эхимоз. Стеноз ost. maxillare был эндоскопически установлен у 3 больных, рубцы и сращения между средней раковиной и латеральной стенкой носа - у 4. Таким образом, наши данные показывают, что функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух является хорошим методом лечения, имеет преимущества перед традиционными методами и может быть произведена с минимальными осложнениями. Однако, сложная анатомическая структура и вариабильность данной области требуют от хирурга хороших анатомических знаний и владения хирургической техникой. Поэтому отработка техники на трупах является важным фактором для достижения хороших результатов.

**Д.Х. Дэйвис, Е.Б. Керн, Д.Х. Слэйвит (Рочестер, Миннесота, США)
РИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
ГИПОФИЗА**

Трансназальная хирургия гипофиза претерпела многие метаморфозы после того, как она была впервые применена в начале 20 столетия в США. Были усовершенствованы диагностические и хирургические приемы, позволившие разработать новую технику для старого трансназального доступа. Обсуждаются различные стороны участия ринологов в лечении больных с заболеваниями гипофиза. В докладе представлены показания, противопоказания, этапы хирургической техники, базирующиеся на опыте наблюдения более чем 2000 пациентов.

Трансназальная трансфеноидальная хирургия гипофиза достаточно безопасна, летальность составляет менее 0,1%. Трансфронтальный интракрани-

альный доступ имеет специфические показания, а максиллярно-премаксиллярный подход по методу Коттла позволяет выйти на клиновидную пазуху и турецкое седло по средней линии с минимальными техническими сложностями. Участие в лечебном процессе нейрохирурга, эндокринолога, нейрорадиолога, офтальмолога и ринолога обеспечивает успешное лечение различных заболеваний области турецкого седла и параселлярных отделов с предельно низкой летальностью и небольшим процентом осложнений.

С.Ф. Басберг, Г.В. Фэйсер, Е.Б. Керн, Д.Х. Слэйвит (Рочестер, Миннесота, США)

**РЕКОНСТРУКЦИЯ КАУДАЛЬНОГО КРАЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА:
ПАТОЛОГИЯ, ТРЕБУЮЩАЯ РЕИМПЛАНТАЦИИ**

Деформации каудального края перегородки носа могут вызвать нарушение носового дыхания. Обычно причиной таких деформаций является хирургическая или нехирургическая травма. По возможности необходимо полностью удалить каудальный край перегородки носа и трансплантировать на его место фрагмент перпендикулярной пластинки решетчатой кости или хрящевой аллотрансплантат. Это дает возможность улучшить носовое дыхание и избежать косметического дефекта. Применяемая техника - модификация максиллярно-премаксиллярного подхода по Коттлу. Исследование базируется на 46 операциях у 45 больных, представлены анамнестические и катamnестические данные, результаты объективного обследования, риноманометрии, фотографии до и после операции. Результаты прослежены в сроки от 1 месяца до 13 лет после операции при среднем сроке наблюдения 4 года. Носовое дыхание улучшилось у всех 45 больных, у 36 (80%) восстановилось полностью. В случаях, когда каудальный край полностью отсутствовал 67% (12 из 18 больных) после операции не жаловались на затрудненное носовое дыхание. В группе пациентов с деформированным каудальным краем перегородки носа 89% (24 из 27) отмечали, что их носовое дыхание стало свободным после вмешательства. Осложнения отмечены у 9%. Лучшие функциональные результаты достигнуты у больных, которым не производились ранее операции на перегородке носа, у которых на место деформированного хряща был имплантирован фрагмент перпендикулярной пластинки. Обследование 33 больных в отдаленном периоде показало, что у 79% дыхание было свободным, у 15% улучшилось, у 3% не изменилось и у 3% ухудшилось.

Сделан вывод о том, что каудальный край перегородки носа может быть без риска резецирован и реконструирован. Такая техника дает превосходные функциональные результаты примерно у 80% больных.

С.М. Соколенко, С.Н. Тымчук, Я.Б. Соколенко (Днепропетровск, Украина)
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Злокачественные новообразования околоносовых пазух составляют 0,1-3% от общего числа злокачественных новообразований человека. Из-за скудности симптоматики в ранних стадиях они обычно диагностируются в запущенной форме. Комплексное лечение, включающее операцию, облучение и полихимиотерапию, по данным многих авторов (М.Г.Пеньковский, 1972; А.И.Пачес и соавт., 1974), дает обнадеживающие результаты, вместе с тем, единого мнения о последовательности проведения компонентов комбинированного лечения нет. Настоящая работа посвящена обобщению материала и выработке тактики лечения. Под нашим наблюдением находились 54 человека, которым проводилось лечение в условиях ЛОР-онкологического отделения областной больницы. Критерием оценки эффективности лечения послужили непосредственные и отдаленные результаты. Мужчин было 20, женщин - 34, из них в возрасте от 20 до 29 лет - 3 человека, от 30 до 39 лет - 7, от 40 до 49 лет - 11, от 50 до 59 - 9, от 60 до 69 - 16, от 70 до 79 - 8. I стадия заболевания, согласно классификации Н.А.Карпова, диагностирована у одного больного, II - у 7, III - у 31, IV - у 15. Регионарные метастазы имели место у 18 больных.

Нами была использована следующая схема лечения. Первый этап - хирургический. Показанием к операции были злокачественные новообразования всех стадий без генерализации процесса и отдаленных метастазов. Выполнялись наружная ринотомия по Муру и расширенная резекция верхней челюсти, в некоторых случаях (при прорастании опухоли в глазницу) - экзентерация глазницы. Выбор метода и объема операции проводился при предоперационном обследовании, где основным диагностическим тестом были данные компьютерной томографии. Толщина срезов 4 мм позволяет уточнить распространенность опухоли и наличие регионарных метастазов. При прорастании опухоли в крылонебную ямку мы выполняли резекцию верхней челюсти с предварительной перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения. Таких операций выполнено 11, из них в 5 случаях это сочеталось с экзентерацией глазницы и удалением регионарных метастазов. В остальных случаях мы выполняли наружную ринотомию по Муру. Из ранних послеоперационных осложнений послеоперационное кровотечение отмечено у четырех больных, преходящее нарушение мозгового кровообращения - у трех. Все эти осложнения не были смертельными.

Через 2 недели после хирургического лечения начинали курс дистанционной гамма-терапии на пути лимфооттока, а при нерадикальности выполненной операции - на место локализации опухоли. Лучевое лечение проводили на аппарате ГУТ-Со-400 в дозе 45-53 Гр. Пятилетняя выживаемость составила 36,4% при всех стадиях заболевания, что является довольно высоким

показателем для злокачественных опухолей этой локализации. Такая возможность появляется при комбинированном лечении, где на первом этапе производится радикальная операция.

Э.Л. Скопина, А.Д. Ногачева, Е.Г. Рогова (Саратов)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Анатомо-физиологические особенности детского организма, патогенетические факторы и состояние иммунологической активности определяют своеобразие клинического течения параназальных синуситов. Заболевания околоносовых пазух у детей по сравнению с другими видами патологии составляют от 2 до 27% в разных возрастных группах.

Всего за 7-летний период в клинике лечилось 154 ребенка с острыми и хроническими синуситами. У 46 из 154 детей были диагностированы орбитальные и внутричерепные осложнения, потребовавшие urgentных методов лечения. Осложнения развились на фоне острого процесса у 2 детей, хронического - у 18. Девочек было 20, из них 8 - младше 5 лет, мальчиков - 26 (5 детей моложе 5 лет). По характеру осложнений пациенты распределялись следующим образом: отек век диагностирован у 18 детей, абсцесс век - у 3, отек заглазничной клетчатки - у 2, периостит орбиты - у 12, отек заглазничной клетчатки в сочетании с невритом зрительного нерва - у 1, флегмона орбиты - у 1, риногенный менингит - у 3 детей.

24 пациента с гнойными поражениями век и орбиты лечились консервативными средствами, включающими в себя внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия или антибиотиков, чувствительность к которым установлена при исследовании микрофлоры отделяемого из пазух; регулярно производились анемизация слизистой оболочки носа, введение дезинтоксикационных и десенсибилизирующих средств. 22 больным с гнойными орбитальными осложнениями и риногенным менингитом произведены срочные хирургические вмешательства с последующей интенсивной консервативной терапией. Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе в сочетании с этмоидотомией произведена 5 детям, радикальная операция на верхнечелюстной, лобной пазухах и решетчатом лабиринте с одновременным вскрытием гнойного очага в орбите - 16 детям, лобно-решетчатая трепанация со вскрытием субпериостального абсцесса орбиты - одному ребенку. Этапность лечения, методика комплексной терапии, применяемая в клинике, привели к излечению всех детей с гнойными синуситами и их тяжелыми осложнениями.

В.Н. Яблонева (Москва)

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Под наблюдением находилось 75 больных острым гнойным гайморитом в возрасте от 2 до 15 лет. У 25 диагностирован односторонний процесс, у 50 - двусторонний. Применялся лазерный аппарат "Узор", генерирующий излучение с длиной волны 0,8-0,95 мкм в импульсном режиме. Магнитолазерная терапия проводилась при частоте генерации 300-1500 Гц, экспозиция воздействия с одного поля составляла 128 сек.

Детям проводилось клиническое, биохимическое, иммунологическое и рентгенологическое обследование, изучалась микрофлора содержимого верхнечелюстных пазух. Магнитолазерная терапия проводилась одновременно с медикаментозной. Контрольная группа - 25 детей в возрасте от 3 до 15 лет - получала то же лечение, но без магнитолазерной терапии. Выполнялись пункции верхнечелюстных пазух, промывание их растворами микроцида, эктерицида, диоксида, ромузалана. При значительных отклонениях в анализах крови детям проводилась парэнтеральная антибактериальная терапия с учетом микрограмм, а также десенсибилизирующая, иммуностимулирующая и витаминотерапия. При анализе историй болезни было выявлено, что исчезновение головных болей у детей, получавших магнитолазерную терапию, наблюдалось на 1-2 сутки от начала заболевания. В контрольной группе больных этот симптом исчезал на 2-3 сутки. Гнойное отделяемое при пункциях верхнечелюстных пазух в основной группе больных исчезало на 3-4 дня раньше, чем в контрольной группе. Нормализация анализов крови, гуморального иммунитета (IgA снижались, а IgM увеличивались до нормальных величин) у больных основной группы отмечалась на 4-5 суток раньше, чем у детей контрольной группы. Рентгенографическая картина возвращалась к норме у больных, получавших магнитолазерную терапию на 7 сутки, а у остальных - только на 12-13 сутки. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности магнитолазерного излучения в комплексном лечении острых синуситов в детском возрасте.

А.Н. Храбриков (Киров)

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ЛИМФАДЕНОИДНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Хирургическое лечение воспалительных и гипертрофических заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца у больных с заболеваниями системы крови представляет трудноразрешимую проблему в связи с неизбежностью или большим риском значительного кровотечения. В литературе встречаются в основном казуистические наблюдения массивных и длительных кровотечений после тонзиллэктомии и аденоидотомии (АТ) у больных с неустановленной

или скрытой гемофилией. Нам также пришлось столкнуться со случаем АТ у больного гемофилией 11 лет, у которого массивное кровотечение продолжалось в течение 15 дней и было остановлено многократными введениями криопреципитата на фоне задней тампонады.

В клинике регионального гемофилического центра Кировского НИИ гематологии и переливания крови нами обследовано 48 больных гемофилией мужского пола в возрасте от 3 до 38 лет. У 11 из них выявлены аденоиды: I степени - у 4 больных, II степени - у 6, III степени - у 1. У 3 больных аденоиды II степени сочетались с явными проявлениями аденоидита. Обычные методы консервативной терапии давали лишь временный и нестойкий результат. АТ представлялась невозможной в связи с резким дефицитом активности VIII фактора свертываемости крови - от 0 до 20%. В литературе имеются сведения об эндоназальном применении лазера для воздействия на аденоидные вегетации, однако, такой способ нежелателен у больных с патологией свертывания крови в связи с возможностью травматизации слизистой оболочки во время введения световода через нос и носового кровотечения, особенно при деформации перегородки носа. Мы разработали оригинальный жесткий световод, который через полость рта и ротоглотку подводится непосредственно к аденоидным вегетациям. Мощность излучения гелий-неонового лазера на выходе составляет 6,3 мВт, время экспозиции - 3 минуты, курс составляет 10 ежедневных процедур.

У 8 больных с аденоидами I и II степени в результате лечения отмечалась положительная динамика: уменьшение объема аденоидных вегетаций при визуальном и рентгенологическом контроле, субъективное улучшение носового дыхания, подтвержденное ринопневмометрией, купирование воспалительных явлений. У 3 больных с гипертрофией глоточной миндалины II и III степени существенных положительных сдвигов отмечено не было. Указанный способ лазерного воздействия применялся также для лечения аденоидов II-III степени и аденоидита у 5 больных с болезнью Верльгофа. Положительный эффект получен у 3 больных. 2 больным с III степенью гипертрофии глоточной миндалины после купирования тромбоцитопенического криза произведена АТ под прикрытием кортикостероидных гормонов. Осложнений после операции не наблюдалось.

Таким образом, предлагаемый способ лазеротерапии аденоидов и аденоидита является достаточно эффективным и может применяться в случаях, когда АТ противопоказана.

Г.К. Кржечковская, Г.Г. Мосиянц (Ставрополь)
ВОПРОСЫ РИНОЛОГИИ В СУРДОЛОГИИ

Воспалительные и невоспалительные процессы в полости носа и носоглотке нарушают одну из важнейших функций носа - дыхательную, что сопровождается развитием сопутствующих заболеваний в других ЛОР-органах. Это

объясняется общностью анатомии и строения слизистой оболочки полости носа, носоглотки, в том числе особенностями строения слизистой оболочки хрящевого отдела слуховой трубы (В.О.Калина, 1960; Д.Кисьов, 1975; Г.З.Пискунов и соавт., 1988 и др.). При нарушении носового дыхания больные жалуются на периодическую кратковременную или длительную заложенность в ушах. Эти проявления чаще всего связаны со снижением проходимости слуховой трубы, которая нередко приводит к кондуктивной тугоухости.

В краевом центре сурдологии и слухопротезирования наблюдались 128 больных в возрасте от 14 до 40 лет: мужчин было 82, женщин - 46. Все больные имели снижение слуха по кондуктивному типу от 15 до 40 дБ в зоне речевых частот и расстройства носового дыхания, связанные с воспалительными или невоспалительными изменениями в полости носа и носоглотке.

Контроль дыхательной функции проводили при помощи двух портативных спирометров (МРТУ 64-1 2267-63), по методу, предложенному Д.И.Тарасовым и соавт. (1980) с оценкой степени нарушения носового дыхания от 0 (норма) до III степени (носовое дыхание отсутствует). Комплексный контроль слуха и исследование слуховой трубы осуществляли на клиническом аудиометре МА-31 и импедансометре фирмы "Мадсен". Проводили акуметрию, тональную пороговую, надпороговую аудиометрию, импедансометрию в различных режимах.

В первой группе (воспалительные заболевания - 68 пациентов) нарушение носового дыхания III степени отмечено у 9% больных, у остальных - I-II степень. Во второй группе нарушение III степени зарегистрировано у 2 пациентов, 96,7% больных имели I-II степень. При проведении импедансометрии отмечали тип "С" тимпанограммы со сдвигом пика до 320 мм водного столба. Через месяц после лечения у 89% больных первой группы наблюдали улучшение носового дыхания, из них у 33% дыхательная функция восстановилась. При этом нормальная проходимость слуховой трубы отмечена у 24%, положительная динамика - у 50%. Это сопровождалось нарушением слуха на 20-25 дБ в зоне речевых частот.

Во второй группе (больные с невоспалительными заболеваниями) через месяц после лечения у 48 из 60 больных зарегистрирована нормальная проходимость слуховой трубы и улучшение слуха до нормы. У остальных больных этой группы полного восстановления функции слуховой трубы не получено.

Таким образом, своевременное щадящее оперативное лечение заболеваний полости носа и носоглотки позволяет восстановить проходимость слуховой трубы, причем лечение более эффективно при процессах полости носа невоспалительного характера.

В.И. Шехтман (Хабаровск)

**ПРИМЕНЕНИЕ ТАМПОНОВ ИЗ КСЕНОГЕННОЙ БРЮШИНЫ ПРИ
НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

Носовое кровотечение составляет до 80% всех геморрагии и является одной из важнейших проблем неотложной отоларингологии. Важнейшим мероприятием из комплекса лечебных мер является тампонада носа. Основным материалом для изготовления тампонов до настоящего времени является марля. В связи с грубым воздействием марли, повреждающим мерцательный эпителий, снижающим его дренажно-транспортную функцию, в связи с присыханием тампонов к местам повреждений эпителия нередки рецидивы кровотечений. Кроме того, на пропитанных кровью и носовым отделяемым тампонах бурно развивается патогенная микрофлора.

В силу указанных причин и других отрицательных моментов нами при остановке носовых кровотечений и после эндоназальных операций применены тампоны из брюшины крупного рогатого скота. Разработаны тампоны для передней и задней тампонады носа, изучено их влияние на респираторную, обонятельную, терморегулирующую, дренажно-транспортную функции, на микрофлору полости носа, на белковый состав и pH носового секрета. Проведенные исследования позволили установить, что тампоны из биологической ткани значительно превосходят по своим свойствам марлевые, дают возможность удлинить сроки тампонады в 2-3 раза, не вызывают выраженных нарушений основных функций носа, снижают опасность осложнений. Высокие резорбтивно-депонированные свойства материала позволяют тампонам длительно выделять вблизи места кровотечения ингибитор фибринолиза - эпсилон-аминокапроновую кислоту, антибиотики и антисептики, которыми предварительно пропитывались тампоны. Благодаря пластичной структуре биологического материала, значительно снижается болезненность процесса введения и извлечения тампона, а пребывание его в полости носа не сопровождается головной болью, повышением местной и общей температуры. Микробиологические исследования показали значительное снижение роста патогенной микрофлоры при тампонаде биоматериалом.

В.С. Зайцев, С.М. Соколенко, Я.Б. Соколенко (Днепропетровск, Украина)

**РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ И ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ**

Частота риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений до настоящего времени остается значительной и не имеет тенденции к снижению. Этим обусловлена необходимость дальнейшего совершенствования методов их диагностики и лечения. В ЛОР-клинике Днепропетровского медицинского института за последние 10 лет (1984-93 гг.) наблюдались 42 больных с риногенными осложнениями. У 31 из них отмечались орбитальные, а у 11 -

внутричерепные осложнения. Большинство (30) составили лица мужского пола. Было 15 детей в возрасте от 10 месяцев до 13 лет, причем лишь у одного ребенка наблюдалось внутричерепное осложнение (менингоэнцефалит), у остальных 14 имели место различные орбитальные осложнения, причиной развития которых послужил острый гнойный этмоидит. У взрослых больных (от 19 до 64 лет) в 10 случаях диагностированы внутричерепные, а в 17 - орбитальные осложнения. Причем, если причиной внутричерепных осложнений в равной степени были как острые, так и хронические синуситы (по 5 случаев), то среди причин орбитальных осложнений преобладали острые синуситы (12 случаев). Из 31 больного с орбитальными осложнениями у 16 (51,6%) были диагностированы негнойные (отек клетчатки орбиты и век у 11, негнойный остеопериостит у 5), а у 15 (48,4%) - гнойные осложнения (абсцесс век у 6, ретробульбарный абсцесс у 7, флегмона орбиты у 2 больных). Среди риногенных внутричерепных осложнений в 5 случаях наблюдался гнойный менингоэнцефалит, в 3 - экстрадуральный абсцесс и в 3 - абсцесс мозга.

Диагностика риногенных орбитальных осложнений основывалась на тщательном анализе жалоб больного, анамнеза, клинических данных. До уточнения формы всем больным проводилась массивная антибактериальная, дезинтоксикационная и дегидратационная терапия на фоне активной санации околоносовых пазух. При признаках гнойного орбитального осложнения у всех больных проводилось хирургическое вмешательство на пораженных пазухах, вскрытие и дренирование гнойного очага в орбите. В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная медикаментозная терапия, динамическое наблюдение офтальмолога. Полное выздоровление отмечалось у 30 больных, у одного пациента с флегмоной орбиты наблюдалась потеря зрения на один глаз в результате вторичной атрофии зрительного нерва.

Значительные трудности представляет диагностика риногенных внутричерепных осложнений. Наряду с обязательным неврологическим, офтальмологическим, рентгенологическим обследованием у ряда больных мы использовали эхоэнцефалографию (4), электроэнцефалографию (3), ангиографию (2), которые позволяли выявить косвенные признаки поражения головного мозга. В последние 5 лет всем больным с подозрением на внутричерепные осложнения проводилась компьютерная томография (КТ), дающая возможность точно визуализировать патологический процесс и установить его характер. Следует подчеркнуть важность КТ в дифференциальной диагностике очагового менингоэнцефалита и абсцесса мозга, а также в определении локализации и размеров последнего. Во всех случаях было отмечено совпадение результатов КТ с операционными находками. Комплексное лечение больных с риногенными внутричерепными осложнениями включало широкое вскрытие пораженных пазух, вскрытие и дренирование гнойника в передней черепной ямке, проведение адекватной медикаментозной терапии. Из 11 оперированных больных умерли 2 (18,2%). Использование современных методов исследования, особенно КТ, может облегчить диагностику риногенных внутричерепных

осложнений, ускорить время оказания помощи больным и, следовательно, увеличить процент выздоровления при этих тяжелых состояниях.

Э.Л. Скопина, Е.Г. Рогова, И.В. Любкина (Саратов) КЛИНИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ОТО- И РИНОГЕННОГО СЕПСИСА

За 5 лет в клинике лечились 8 больных с сепсисом, из них с отогенным сепсисом - 5, с риногенным - 3. У всех больных сепсис развился как осложнение хронических заболеваний: хронического гнойного эпитимпанита и хронического синусита. Больные лечились нерегулярно, во время амбулаторного наблюдения врачами не предлагалась хирургическая санация гнойного очага.

Больным с отогенным сепсисом после экстренной расширенной радикальной операции на среднем ухе с ревизией сигмовидного синуса проводилась интенсивная противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия, введение антистафилококкового иммуноглобулина, плазмы. Излечение наступило у 3 больных, 2 больных с сочетанием сепсиса и менингоэнцефалита умерли.

Следует отметить особенно тяжелое течение риногенного сепсиса, его внезапное острое начало на фоне длительно существовавшего гнойного синусита с почти одновременным развитием тяжелых септических осложнений со стороны внутренних органов. У 2 больных имела место деструктивная пневмония, плеврит, спонтанный пневмоторакс. После элиминации гнойного очага в околоносовых пазухах больным проводилось длительное интенсивное лечение, в результате которого 2 человека были выписаны с излечением. Умер 1 больной с выраженным иммунодефицитом на фоне заболевания крови.

Быстрое улучшение состояния больных после операции обуславливается санацией очага инфекции, снижением его токсического воздействия на организм больного. В этих случаях речь идет не об истинном сепсисе, а о тромбозе или флебите сигмовидного синуса при отогенных процессах и о флебите глазничных и глубоких лицевых вен при гнойных синуситах. Основная особенность сепсиса - независимость его течения от первичного очага инфекции, так как и после элиминации очага не всегда возможно вылечить больного. Развитие сепсиса на фоне местного гнойного процесса зависит от состояния реактивности, иммунобиологических и защитно-адаптационных свойств организма. Более тяжелое клиническое течение ото- и риногенного сепсиса в последние годы связано с той или иной степенью иммунодефицита и аллергизацией организма при часто повторяющейся ОРВИ. Вышеизложенное обосновывает более широкое применение иммунокоррекции при лечении септических осложнений заболеваний ЛОР-органов.

И.М. Король, И.С. Балашко (Минск, Беларусь) ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ФРОНТОБАЗАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Лечение травм черепа, сопровождающихся повреждением околоносовых пазух и уха, проводится оториноларингологом или при его участии нейрохирургом. В западной литературе этот вид травм обозначают терминами фронтобазальные и латеробазальные переломы. Х.Вульштейн ввел понятие "ринобазальные" и "отобазальные" переломы черепа, подчеркивая этим компетентность нашей специальности.

Фронтобазальные переломы распространяются на область корня носа, решетчатый лабиринт, а также стенки лобной, клиновидной пазух и орбиты, прилегающие к передней черепной ямке. Задняя стенка лобной пазухи, ситовидная пластинка, а также верхняя часть решетчатой кости и орбиты тонки и легко повреждаются. Твердая мозговая оболочка в области передних отделов основания черепа плотно сращена с костью и при переломах легко разрывается. Кровь и экссудат в околоносовых пазухах, сообщающихся с внешней средой, нагнаиваются, создавая угрозу внутричерепных осложнений. Этим обусловлена особая опасность рассматриваемых повреждений.

Собственный опыт лечения 38 больных с фронтобазальными переломами и изучение литературы по данному вопросу позволили уточнить тактические подходы к хирургическому лечению этого вида повреждений. 31 больному потребовалось хирургическое вмешательство, при этом в 5 случаях с участием нейрохирурга, в 9 - окулиста.

У большинства больных (26) сразу после травмы на передний план выступали симптомы, связанные с сотрясением головного мозга. Однако у 12 пациентов при указаниях на кратковременную потерю сознания или при полном его сохранении имели место обширные переломы. Наибольшую опасность представляют оскольчатые переломы с дислокацией отломков. Приводим симптомы, рассматриваемые нами как абсолютные показания к операции:

- 1) кровотечения различной степени;
- 2) офтальмологические симптомы - экзо- и энофтальм, диплопия, паралич зрительного нерва;
- 3) ликворея;
- 4) пневматоцеле лобной доли мозга (при разрыве твердой мозговой оболочки и образовании вентильного механизма);
- 5) непосредственное повреждение мозга осколками и внутричерепные гематомы;
- 6) менингит, менингоэнцефалит и абсцесс мозга.

Следует особо подчеркнуть, что в экстренной помощи нуждаются пострадавшие, у которых возникли угрожающие жизни кровотечения из области ранения или признаки сдавления мозга вследствие внутричерепного кровотечения. В последнем случае предпочтительно вмешательство нейрохирурга при

участии оториноларинголога. Все выполненные нами операции осуществлялись наружным подходом.

Наряду с этим, у 7 больных с переломами решетчатой и лобной костей при отсутствии ликвореи мы сочли возможным ограничиться консервативным лечением (антибактериальная терапия, эндоназальное дренирование околоносовых пазух). Этот вид повреждений является относительным показанием к операции и требует активного наблюдения и хирургической готовности. Травмированная клеточная система решетчатого лабиринта и лобная пазуха обладают значительной способностью к восстановлению вентиляции и дренажа. Все же у 2 больных развился впоследствии рецидивирующий синусит, а у 1 диагностировано мукоцеле лобной пазухи, что мы связали с нарушением вентиляции пазух дислоцированными отломками.

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ "НИЗКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ И ХИРУРГИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ"

Под редакцией Н.В.Мишенькина Новосибирск:

Издательство Новосибирского университета, 1992. - 195 с.

В рецензируемой монографии обобщен и проанализирован 15-летний опыт экспериментальных исследований и клинических наблюдений Омской ЛОР клиники под руководством профессора Н.В.Мишенькина по созданию, становлению и развитию ультразвуковой техники и технологии для терапии и хирургии в оториноларингологии. Книга имеет ограниченный тираж (3000 экз.), что уже само по себе делает ее библиографической редкостью. Ранее в литературе имелись отдельные сообщения о применении низкочастотной ультразвуковой терапии и хирургии при заболеваниях ЛОР органов. Однако, они не давали полного и глубокого представления обо всех аспектах данного физического фактора. В полной мере этот пробел восполнен в настоящей монографии, состоящей из 7 глав, заключения, списка отечественной и иностранной литературы.

В главе I "Низкочастотный ультразвук в клинической медицине и оториноларингологии" изложена характеристика ультразвука, его свойства, биологическое действие и ответные реакции живого организма: рефлекторные, нейродинамические сдвиги, физико-химические и электрические явления в тканях. Указано, что в терапевтических установках ультразвук улучшает адаптационные возможности организма, нервную и тканевую трофику, крово- и лимфообращение, окислительные и регенераторные процессы. Приведены области медицины, где ультразвуковая терапия эффективна (ортопедия, гастроэнтерология, офтальмология, стоматология, дерматология, урология и т.д.)

Наряду с этим, благодаря исследованиям Г.А.Николаева, М.В.Волкова, В.И.Петрова, В.И.Лощилова, В.А.Полякова и др., положивших начало применению низкочастотного ультразвука в хирургии, приведены обнадеживающие результаты, полученные в офтальмологии при операциях по поводу глаукомы, катаракты, при послойной пересадке роговицы, при оскольчатых переломах костей орбиты и т. д. Приведены сведения о том, что ультразвук оказывает бактерицидное влияние на стафилококк, очищает раны от некротических тканей, гноя и раневого детрита. В сочетании с антибиотиками ультразвук обладает синергическим антимикробным действием.

В оториноларингологии ультразвуковая хирургия применяется с 70-х годов в лечении ринитов, при остеопластических операциях на ухе и околоносовых пазухах, при операциях на гортани. К настоящему времени ультразвуковая терапия и хирургия в оториноларингологии прочно заняли свое место. Таким образом, приведенные сведения обосновывают возможность и эффективность использования низкочастотного ультразвука в медицине и в оториноларингологии в частности.

Во II главе "Экспериментальные исследования по обоснованию применения низкочастотного ультразвука при заболеваниях глотки" подробно описаны аппаратура и инструменты, необходимые для лечения хронического тонзиллита и фарингита, приведены результаты экспериментальных исследований по обоснованию оптимальных акустических и технологических параметров озвучивания небных миндалин, при которых не наблюдается их повреждения; убедительно доказано фоноретическое действие ультразвука при контактном озвучивании миндалин, способность его дренировать лакуны, оказывать бактерицидное действие. Экспериментальные исследования, проведенные на высоком методологическом уровне, достоверно подтверждают оптимальные параметры для контактного озвучивания миндалин в режиме кавитации при частоте 26,5 кГц, амплитуде колебаний излучающего торца чашеобразного и плоского волноводов-инструментов 15 мкм и экспозицией 15-18 сек.

В III главе "Низкочастотная ультразвуковая терапия хронического тонзиллита" приведена методика ультразвукового озвучивания миндалин, результаты лечения, влияние низкочастотного ультразвука на микрофлору лакун небных миндалин, на динамику показателей местной и общей реактивности организма, термографии реотонзиллографии. Продемонстрированы иммуноморфологические изменения в небных миндалинах после лечения. Глава иллюстрирована схемами, фотографиями, клиническими наблюдениями.

Важно отметить суть самой методики лечения. Она заключается в том, что первоначально удаляется содержимое лакун в банку-сборник, а затем, после ультразвуковой обработки небных миндалин, проводится низкочастотный фонорез лекарственных препаратов (лизоцима, интерферона). Озвучивание миндалин происходит при частоте колебаний 26,5 кГц и амплитуде колебаний излучающего волновода - инструмента 40-50 мкм в течение 90 с, а фонорез - при той же частоте, но амплитуде 15 мкм в течение 18 с.

В последующих главах (IV-VII) приведены возможности использования ультразвука в костно-пластической и функциональной хирургии в оториноларингологии. Достаточно подробно и убедительно изложена эволюция взглядов в сторону щадящих методов оперирования околоносовых пазух и уха, особенности регенерации плоских костей черепа при моделировании костно-пластических операций с использованием ультразвука.

Важной по своей сути является V глава "Санирующая хирургия и терапия хронических гнойных средних отитов с применением низкочастотного ультразвука". В ней изложены и представлены на рисунках ультразвуковые хирургические инструменты, приемы их использования при операциях на ЛОР органах, клиническая характеристика и показания к хирургическому лечению. С учетом накопленного опыта подробно описываются варианты санирующей операции по закрытому и открытому типу, их техника, комплексное лечение в послеоперационном периоде с использованием лазера и терапевтического ультразвука. В VI главе "Результаты санирующих операций на среднем ухе с применением ультразвуковых инструментов" анализируются результаты оперативных вмешательств, особое внимание автор уделяет особенностям репаративных процессов после вмешательств с применением хирургического ультразвука, его влиянию на функцию внутреннего уха, прежде всего на слух. Исследована динамика морфологических изменений при санирующих микрохирургических вмешательствах по закрытому типу.

Анализ ближайших и отдаленных наблюдений выявил прекращение гноеотечения при сохранении или улучшении слуха у 84% больных, перенесших санирующую операцию. Такой результат следует считать обнадеживающим.

В VII главе "Функциональная хирургия околоносовых пазух ультразвуковыми инструментами" изложены методики костно-пластических операций на верхнечелюстной и лобной пазухах, а также их результаты при различных формах синусита. Большинство представленных методик оригинальны, так как разработаны авторским коллективом кафедры, на многие из них получены авторские свидетельства. Клиника руководимая проф. Н.В.Мишенькиным, с инженерной группой одного из предприятий Омска наладила производство универсальной установки с набором инструментов для ультразвуковой терапии и хирургии. В заключение следует отметить, что рецензируемая монография является фундаментальным трудом, обобщающим богатый личный опыт авторов во главе с проф. Н.В.Мишенькиным по использованию терапевтического и хирургического ультразвука в оториноларингологии. Книга, несомненно, представляет огромный интерес для ЛОР специалистов. Для практического врача эта монография является руководством по применению терапевтического и хирургического ультразвука.

Док. мед. наук М. П. Николаев.

ХРОНИКА

4 МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ ИММУНОБИОЛОГИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

4-7 апреля 1994 года в г. Оита (Япония) проходила 4 международная академическая конференция по вопросам иммунобиологии в отологии, ринологии, ларингологии. Первая такая конференция состоялась 10 лет назад в Утрехте (Голландия) по инициативе профессора J.E.Veldman - руководителя отдела отологии и отоиммунологии Утрехтского университета.

В настоящее время эта конференция стала традиционной встречей ученых, работающих в смежных областях иммунологии, аллергии, микробиологии, морфологии, молекулярной биологии в их прикладном значении для решения наиболее важных проблем оториноларингологии, хирургии головы и шеи.

В работе конференции приняли участие ученые 20 стран мира, в том числе США, Англии, Германии, Италии, Бельгии, Японии, Кореи. Обширная программа была представлена 36 лекциями, 79 устными и 14 стендовыми докладами - всего 129 научных сообщений. Основная тематика выступлений - клиническая и фундаментальная иммунобиология внутреннего уха, местный иммунитет слизистых оболочек среднего уха, носа, околоносовых пазух, аллергические заболевания носа, иммунология опухолей головы и шеи. Докладам предшествовали специальные лекции, посвященные фундаментальным вопросам иммунобиологии, отражающие последние достижения крупных научных коллективов, в первую очередь из Японии.

Среди обсуждаемых проблем были такие, как роль адгезивных молекул в аллергическом иммунном ответе (К. Okumura - Япония), новые методы вакцинации через слизистые оболочки (J.R. McChee - США), интерлейкины и их рецепторы (Т. Kishimoto -

Япония), биологическое и клиническое значение аутологичной активности противоопухолевых киллеров (A.Uchida - Япония).

В рамках конференции состоялся симпозиум "Патофизиологические аспекты аллергического ринита", на котором также, были заслушаны специальные лекции, посвященные, в частности, эозинофилам при аллергическом рините (D.Passali - Италия), регуляции дифференцировки тучных клеток и базофилов (Y.Kitamura - Япония), роли интраэпителиальных лимфоцитов в слизистой оболочке носа при аллергическом воспалении (M.Okuda - Япония), патофизиологии аллергического ринита в аспекте действия противоаллергических препаратов (P.Van Cauwenberge - Бельгия).

От России в работе конференции приняли участие три делегата: профессор В.П.Быкова (Московский НИИ уха, горла и носа), докт. мед. наук Г.З.Пискунов (Клинический ринологический центр - Москва) и канд. мед. наук В.С.Козлов (Риноло-гический центр "ЯРТЕК" - Ярославль), которые выступили с научными сообщениями. Г.З.Пискунов как член консультативного научного комитета конференции председательствовал на одном из секционных заседаний.

В.П. Быкова

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ "АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ РИНОСИНУСИТЫ" И КУРС ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

С 24 по 29 апреля 1994 года в Иерусалиме прошел международный симпозиум "Аллергические и инфекционные риносинуситы". Симпозиум вызвал большой интерес во всем мире, в нем приняли участие многие ведущие ринологи из США, Великобритании, Италии, Австрии и других стран.

В своем докладе I.S.Маскау (Великобритания) сообщил, что на заседаниях рабочей группы представителей десяти стран были предложены определение и классификация ринитов. Ринитом признано называть заболевание, ежедневно сопровождающееся в течение часа и более хотя бы двумя из перечисленных симптомов: выделения из носа, заложенность, чихание и щекотание в носу. Риниты разделяются на четыре основные группы:

1. Аллергические (сезонные или постоянного характера);
2. Инфекционные (острые и хронические);
3. Структурные, вызванные искривлением перегородки носа, блокадой ОМК и т.д.;
4. Прочие.

Было подчеркнуто, что распространенность ринитов и синуситов постоянно растет. Так, в США аллергическим ринитом болеет около 20% населения. Этиология инфекционных риносинуситов также меняется. В докладах G.G.Shapiro (США) и R.Lacarte (Испания) подчеркнуто, что наиболее часто возбудителями синусита являются *H. influenzae*, *M. catarrhalis* и *S. pneumoniae*, а также *Staph. aureus*. Значительно выросла этиологическая роль грибковой флоры. E.H.Dunsky и S.L. Spector (США) в своих докладах сообщили, что наиболее частым возбудителем грибковых синуситов являются грибы рода *Aspergillus*, реже - *Mucor*, *Candida*, *Penicillium* и *Fusarium*. Выделяют четыре формы грибковых синуситов: хронический вялотекущий синусит, инвазивный синусит, мицетома и аллергический грибковый синусит. Диагностика этих заболеваний базируется на данных

КТ и МРТ, определении повышенных титров специфических IgE и преципитирующих противогрибковых антител в сыворотке, а также на бактериологическом и микроскопическом исследовании носовой слизи.

По данным P. Singh (Индия) от 15 до 28% больных с назобронхиальной патологией дают положительные кожную реакцию при пробах с различными видами грибов, обитающих в атмосфере, у 63,5% этих больных выявлена положительная RAST реакция. Сделан вывод, что грибки являются одними из важнейших ингалируемых аллергенов.

Одним из основных методов терапии аллергических риносинуситов является иммунотерапия. В докладе E.H.Dunsky (США) подчеркивалось, что иммунотерапия вызывает повышение содержания в крови специфических IgE блокирующих антител, уменьшает выраженность кожных аллергических тестов, специфического IgE и клеточной реактивности. Эффективность иммунотерапии зависит от правильной идентификации аллергена, а также верного выбора, качества, условий хранения, дозировки, частоты и техники инъекций аллергена, которым проводится лечение. D.Passali (Италия) считает, что для оценки эффективности этого метода внутриносовой провокационный тест с риноманометрической оценкой важнее, чем кожные пробы и RAST. Провокационный тест позволяет правильно выявить причину аллергии, особенно у полисенситизированных больных и оценить эффективность проводимой терапии. L.Bellussi (Италия) отметила, что преимуществами местной иммунотерапии являются ее высокая эффективность и возможность более частых аппликаций без участия медперсонала.

Бурно дискутировалось применение различных групп антибиотиков: тетрациклинов, макролидов, бета-лактамов, квинолонов и др. в лечении инфекционных синуситов. В результате импровизированного опроса выяснилось, что при еще неустановленной чувствительности микрофлоры к антибиотикам большинство участников симпозиума предпочитают начинать лечение синусита с назначения амоксициллина (препарата из группы полусинтетических пенициллинов) или аугментина. Последний интересен тем, что сохраняет свою активность даже в присутствии бета-лактамаз. Эти ферменты, инактивирующие антибиотики/пенициллиновой группы, продуцируют многие возбудители синусита, в частности, 39% штаммов *H. influenzae* и 88% штаммов *M. catarrhalis*. Для профилактики рецидивов синусита у детей, хорошо поддающихся терапии антибиотиками, но с частыми возвратами процесса после прекращения лечения, т. е. с иммунодефицитными состояниями G.G.Shapiro предложила длительные (до 2-3 месяцев) курсы профилактического лечения новым антибиотиком цефуроксимом.

В своем докладе E.O.Meltzer (США) выделил основные группы препаратов, применяемых при аллергическом риносинусите:

1. Антигистаминные препараты. Они значительно эффективнее при постоянном, чем при спорадическом приеме, поскольку в этом случае рецепторы заблокированы уже до того, как выделился гистамин. Лечение ингибиторами H1 рецепторов (такими, как гисманал, азеластин, эбастин, риноласт, аллергодил и др.) замедляет выделение медиаторов аллергической реакции, эмиграцию эозинофилов, а также дает антихолинергический эффект. Снотворное действие при пероральном приеме этой группы препаратов может быть снижено до минимума при назначении таких новых антигистаминных препаратов, как астемизол, цетиризин, лоратадин и терфенадин.

2. Деконгестанты уменьшают отек слизистой оболочки за счет сосудосуживающего эффекта. Они эффективны при местном назначении, но при длительном применении вызывают медикаментозный ринит. Преоральные деконгестанты лишены этого недостатка, их целесообразно комбинировать с антигистаминными препаратами.

3. Ипратропиум бромид - холинергическое средство для местного применения - уменьшает риноррею, гиперсекрецию, вызванную повышенной активностью желез слизистой оболочки. Он не действует на другие симптомы ринита.

4. Кромолин-натрий (интал), выпускаемый в форме носового спрея, ингибирует медиаторы иммунного ответа, выделяемые тучными клетками. Он тормозит и раннюю и позднюю фазы аллергической реакции. J.Grossman (США) подчеркнул, что по сравнению со стероидными гормонами кромолин менее эффективен, но применение его значительно безопаснее. Он стабилизирует тучные клетки, а также и некоторые другие клеточные элементы, участвующие в воспалительной реакции. Другой препарат этой группы - недокромил-натрий (тиларин) был разработан для местного лечения бронхо-легочных заболеваний, но подтвердил свою эффективность и при аллергическом риносинусите. I.G.Knottnerus (Великобритания) утверждает, что он оказывает стабилизирующий эффект на тучные клетки, находящиеся как в слизистой оболочке, так и в соединительной ткани, а также напрямую ингибирует эозинофилы.

5. Кортикостероидные препараты в виде носовых спреев, такие как беклометазон (бекломет), флунизолид (флютиказон), триамейнолон, будезонид (ринокорт, пульмикорт), триамсинолон-ацетат (назакорт), высокоактивны и быстро метаболизируются организмом. Их фармакологический эффект включает снижение сосудистой проницаемости, стабилизацию клеток, участвующих в воспалительной реакции, уменьшение выделения медиаторов воспаления, в частности дегрануляцию тучных клеток. Эта группа наиболее эффективна в лечении аллергического и полипозного риносинусита.

Последующий за симпозиумом курс функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух, где на первых ролях были известные в нашей стране H.Stammberger и G.Wolf (Австрия), представил определенный интерес для специалистов, увлекающихся этой областью ринохирургии. Вновь прозвучали великолепные, правда уже известные широкой публике, доклады об эндоскопической декомпрессии орбиты и зрительного нерва, лечении носовой ливорреи и др.

Как всегда в ударе был ведущий специалист по КГ и МРТ в ринологии S.J.Zinreich (США). Он представил блестящее сообщение по анатомии латеральной стенки носа в КТ и 3-D (трехмерном) изображении, описал КТ-особенности грибковых синуситов, указал на важность выявления признаков остемита при неудовлетворительных результатах эндоскопической хирургии. Среди участников симпозиума был и M.May (США), который выступил с опять же уже известным сообщением "Эндоскопическая остиопластика вместо наружной остеопластики в хирургии лобной пазухи". В своем другом сообщении, подводящем итог 400 операций, он сделал вывод, что эндоскопическая хирургия может быть эффективной в 83% случаев при условиях правильного отбора кандидатов, достаточной тренированности хирурга и правильного ведения послеоперационного периода. I.S.Maskau обобщил опыт ринохирургов Великобритании и на опыте 15399 операций отметил, что процент серьезных осложнений при данном виде хирургии составляет 0,23%.

На фоне таких в основном мажорных сообщений несколько особняком стояли два заслуживающих внимания доклада, развивающих тенденцию осторожной оценки результатов эндоскопической хирургии околоносовых пазух. Так, K.Builcr (Голландия), занимающийся эндоскопической хирургией более 20 лет и являющийся автором многих прекрасных работ на эту тему, отметил, что если какая-то хирургическая техника принимается повсеместно, всегда существует риск переоценки ее возможностей. Он выделил случаи, когда применение эндоскопических методов операций не рекомендуется. Это: а) патологические изменения, локализующиеся в основном в латеральных отделах пазух, б) распространенный и инвазивный грибковый процесс, в) повторные операции после вмешательств, повлекших за собой значительные анатомические разрушения или

осложнения и г) изолированное поражение лобных пазух. М. Peniilla (Финляндия) сравнил результаты в группах больных, перенесших эндоскопическое вскрытие верхнечелюстной пазухи через средний носовой ход и операцию Калдвелла-Люка. Он сделал вывод, что точные показания для эндоскопических и радикальных операций еще не установлены, и требуется дальнейшее изучение мукоцилиарного клиренса в пазухах, оперированных различными методами. А.С. Лопатин

ЗАСЛУЖЕННЫЙ УСПЕХ

Решением общего собрания Российской академии естественных наук звание члена-корреспондента РАН присвоено заведующему кафедрой оториноларингологии Санкт-Петербургского медицинского института имени акад. И.П.Павлова профессору Мариусу Стефановичу Плужникову.

Высокая честь принадлежать к числу членов



После окончания I ЛМИ в 1962 году М.С.Плужников работает в нашем институте на кафедре болезней уха, горла и носа, пройдя путь от клинического ординатора до заведующего кафедрой. Широкую известность за рубежом получили его работы в области лабиринтной физиологии и эндохирургии с использованием физических методов деструкции патологических тканей. Оригинальные разработки и созданные им новые методы легли в основу цикла лекций, прочитанных им в Королевском обществе медицины Великобритании в Лондоне и Ливерпуле, университетах Сассари и Вероны (Италия), Солт-Лейк-Сити (США) и в Осло. За выдающиеся достижения в развитии оториноларингологии ему присуждена Почетная медаль Норвежского общества им. профессора Леегарда. В 1992 г. по предложению директора Центра лазерных исследований (Юта, США) профессора Р.К.Девиса большая группа американских исследователей провела в Санкт-Петербурге специальный семинар, посвященный ознакомлению с достижениями коллектива кафедры оториноларингологии нашего института, руководимой профессором М.С.Плужниковым. Высокая оценка его деятельности международным сообществом специалистов нашла выражение в избрании его членом Генеральной Ассамблеи европейской федерации оториноларингологов, членом редакционного совета

ХРОНИКА

самого авторитетного международного журнала по оториноларингологии - "Акта Ото-Ларингология" (Стокгольм).

Вклад профессора М.С.Плужникова в теоретическую и клиническую оториноларингологию огромен: ему, в частности, принадлежит описание феномена содружественной симпатической реакции ушных лабиринтов, закономерностей патогенетических механизмов развития индуцированных лабиринтитов, дано доказательство селективности действия антибиотиков аминогликозидного ряда на звуковой рецептор на основе анализа их кинетики в тканях звукового анализатора и кумуляции в лимфе внутреннего уха.

Развитие научных направлений кафедры, заложенное его учителем профессором В.Ф.Ундрицем, по изучению физиологических реакций ЛОР органов в различных условиях, профессор М.С.Плужников углубляет путем успешного использования современных достижений в смежных областях науки - акустике, оптике, физиологии, морфологии. Так, совместно со своими сотрудниками и в творческом содружестве со многими кафедрами института и научными учреждениями города создаются первые ультразвуковые сканеры для околоносовых пазух, низкочастотные ультразвуковые хирургические инструменты, различные способы высокочастотной вентиляции легких в условиях патологии ЛОР органов и проведения различных типов вмешательств, включая контактные способы эксцизии лазером опухолей гортани. -Профессором Плужниковым опубликовано более 300 научных работ, в том числе шесть монографий. Под его руководством защищено 29 кандидатских и 6 докторских диссертаций. Трудно перечислить то, что сделано Мариусом Стефановичем для развития специальности и кафедры. За 18 лет его руководства нашим коллективом кафедра превратилась в сплоченный, творчески заряженный отряд специалистов, успешно работающей на самом высоком методическом уровне.

В 1988 году профессор М.С.Плужников был избран Председателем научного общества оториноларингологов СССР. На 1-м Конгрессе общества ринологов России он выбран Президентом общества со сроком полномочий два года (1994-1996 гг.).

Блестящий педагог, оригинально мыслящий ученый, хирург-новатор, человек прекрасной души и истинной гуманности, М.С.Плужников продолжает активную творческую деятельность. От всей души поздравляем Мариуса Стефановича с заслуженным успехом - избранием членом-корреспондентом Академии естественных наук России и желаем ему доброго здоровья и новых больших свершений!

Коллектив кафедры и клиники оториноларингологии
СПбМИ им. акад. И.П.Павлова