

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ РИНОЛОГИИ

Основная цель, с которой создавалось общество ринологов России - совершенствование помощи больным, разработка методов профилактики заболеваний носа и околоносовых пазух. В сложившейся современной ситуации в стране трудно уповать на помощь государственной системы, хотя она должна быть основной. По принципу утопающего вопрос здоровья нужно брать в руки страдающей стороне, а врачам организовывать и направлять ее деятельность. Что под этим подразумевается в первую очередь? Финансирование деятельности научных и практических учреждений ринологии. Благотворительность всегда поощрялась и является, безусловно, благородным делом. Врачам не следует стесняться идти на контакты с деловыми людьми агитировать их на покупку оборудования, на финансирование научных исследований и так далее.

С 1993 г. в Межведомственном совете АМН и МЗ РФ создана Проблемная комиссия по ринологии. Это большой организационный успех головного учреждения по оториноларингологии НИИ уха, горла, носа и речи С-Петербурга и общества ринологов России. Таким образом, Проблемная комиссия с одной стороны и общество ринологов с другой стороны объединяют усилия и действуют в одном направлении, а поле деятельности, к сожалению, очень широкое.

В настоящий момент основным направлением работы общества является создание системы информации. В мире накопилось достаточно много информации по различным вопросам ринологии, нам нужно сделать ее доступной путем издания журнала, руководств для врачей, монографий, через систему подготовки специалистов в стране и за рубежом. Хорошо себя зарекомендовали целевые симпозиумы. Все это должно функционировать и всю эту систему следует координировать через общество и проблемную комиссию.

Особое внимание следует уделить подготовке специалистов. Она не должна быть ограничена умением выполнять ту или иную операцию. Прежде всего врач должен ясно осознать роль слизистой оболочки носа и околоносовых пазух как органа защиты человека, знать физиологию и патофизиологию носа и околоносовых пазух, этиологические и патогенетические механизмы болезней, уметь использовать современную аппаратуру для диагностики и лечения, включая эндоскопию, компьютерную и ЯРМ-томографию. Эти знания должны закладываться еще в институте, следовательно, необходимо совершенствовать систему преподавания оториноларингологии.

Научные исследования прежде всего должны быть направлены на изучение распространенности болезней носа и околоносовых пазух в различных городах и географических зонах. Этот материал может помочь в организации системы ринологической службы. Планирование специализированной помощи будет обоснованным только тогда, когда известны данные о распространенности заболеваний по различным территориям, возрастным и социальным группам.

Важной научной задачей является изучение слизистой оболочки носа. Взаимодействие всех составных элементов слизистой оболочки и ассоциированной с эпителиальными структурами лимфоидной клеточной системы является неисчерпаемым источником по получению новых данных по физиологии и патофизиологии слизистой оболочки. Эти

фундаментальные исследования будут основанием для разработки методов терапии заболеваний.

Вопросам терапии заболеваний носа и околоносовых пазух следует уделить большее внимание. Пока в лечении этих заболеваний преобладают разрушающие хирургические способы. Разработка терапевтических методов должна иметь под собой современное теоретическое обоснование. Отсюда вытекает необходимость создания материальной базы для проведения фундаментальных ринологических научных исследований. Это непростой вопрос, требующий не только финансовых вложений, но и организованных действий для создания такой базы. С этим тесно связана необходимость внедрения функциональных методов исследования.

Терапевтическое направление требует развития современной фармацевтической базы. В фармпромышленности наша специальность представлена плохо. И здесь имеется широкая возможность совместной деятельности для врачей, фармацевтов и бизнесменов.

Практические врачи должны понять необходимость освоения своей специальности на современном уровне. Больной пойдет к тому врачу, который больше знает и умеет, который имеет признанный авторитет. В современных условиях высокая квалификация уже становится источником благополучия врача, хорошим заработком. На это нельзя закрывать глаза, так как одними идеями сыт не будешь.

Важный вопрос - создание нормальных условий для работы. Лобный рефлектор сыграл большую роль в нашей специальности. Но насколько удобнее и результативнее пользоваться налобным холодным источником света. У оториноларинголога должно быть специальное рабочее место. Пора оставить тот распространенный примитивизм осмотра больного и его амбулаторного лечения, который распространен у нас в стране. Наши врачи даже не знают, что есть специальные рабочие места, намного повышающие эффективность и качество работы.

Квалифицированному врачу нужен хороший инструментарий. Здесь так же необходима совместная деятельность врачей и деловых людей. Во всем мире изготовление медицинских инструментов является весьма доходным делом. Об этом не знают те, кто могут делать инструменты у нас в стране. Врачам следует активно агитировать деловых людей за изготовление инструментов, показать им действительную их цену. Пока же и установки и инструменты приходится покупать за рубежом, затрачивая значительные средства.

Нам очень важно поддерживать и развивать контакты внутри страны, с коллегами из стран СНГ и дальнего зарубежья. Результат этих контактов трудно переоценить.

Методы исследования носа и околоносовых пазух

А.В.СТАРОХА, В.А.АРХИПОВ, Д.Г.БОРЩ, А.В.ДАВЫДОВ (Томск)

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЛОСТИ НОСА

Объективизация оценки нарушений респираторной функции полости носа является одной из актуальных проблем современной ринологии. Существует ряд методов и приборов для оценки проходимости носовых ходов. Однако, до настоящего времени нет общепринятой методики и серийно выпускаемой надежной и простой в эксплуатации диагностической аппаратуры.

Предпринятый нами анализ известных методов оценки респираторной функции носа позволил установить, что наиболее удобным для клинических исследований и простым в техническом отношении является метод пассивной передней ринореоманометрии. Получаемые при этом результаты вполне объективны и достаточны для оценки дыхательной функции носа. С учетом вышеизложенного разработана методика и сконструирован опытный образец ринопневмометра. Метод основан на пассивной передней ринореоманометрии при пониженном по сравнению с физиологическим расходом воздуха (1-2 л/мин.). Процедура исследования пациента этим методом менее травматична и требует меньше времени, чем при использовании других активных и пассивных методов. В качестве источника сжатого воздуха используется микрокомпрессор АЭЕ-3, в качестве измерительного преобразователя - индукционный микроманометр или дифференциальный манометр (лабораторный вариант прибора), измерение расхода воздуха осуществляется ротаметром РМ-А-О.63. Отладка и градуировка ринопневмометра проведена с использованием имитаторов носовых ходов с фиксированными значениями гидравлического сопротивления.

Лабораторные и клинические испытания показали, что разработанная аппаратура надежна, проста в эксплуатации, дает объективные результаты и может быть рекомендована для серийного промышленного выпуска.

В.В.ШИЛЕНКОВА, Г.И.МАРКОВ (Ярославль)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СИНУС-КАТЕТЕРА "ЯМИК"

Выбор рациональной терапии воспалительных заболеваний околоносовых пазух (ОНП) зависит от ранней и точной диагностики данной патологии, особенно если имеется поражение сразу нескольких пазух.

В клинике Ярославского медицинского института разработан беспункционный способ диагностики и лечения полисинуситов, позволяющий атравматично эвакуировать патоло-

гический секрет изо всех пазух одновременно на одной стороне и вводить в них диагностические и лечебные препараты путем создания в полости носа и в параназальных синусах перемежающегося давления. В своих исследованиях мы использовали вторую модель устройства, позволяющую осуществлять данный метод - синус-катетер "ЯМИК-2".

Под нашим наблюдением находился 101 больной острым синуситом в возрасте от 6 до 79 лет. Обследование больных включало общепринятые методы лор-эндоскопии, исследование носового дыхания, обоняния, нативную рентгенографию. Данные риноскопии лишь в 68,4% случаев позволили нам заподозрить наличие гнойного воспаления в ОНП. По результатам обзорной рентгенографии только в 40,6% случаев можно было судить о присутствии в параназальных синусах экссудативного процесса и в 63,4% получить точное представление о его локализации. При использовании синус-катетера у всех больных, даже при неизменной рентгенологической картине, было получено гнойное отделяемое из ОНП в различном количестве (от 1 до 12 мл).

После эвакуации содержимого из ОНП мы проводили промывание их физиологическим раствором с целью забора смыва для бактериологического исследования. Преобладающей по частоте высеваемости культурой был стафилококк (70%), комбинации микроорганизмов обнаружены в 44,4% случаев.

Получение содержимого из ОНП при помощи синус-катетера дает возможность лишь установить у больного наличие синусита. Уточнить локализацию воспаления позволяет контрастная синусография, выполненная при помощи синус-катетера "ЯМИК-2" и водорастворимых контрастных препаратов, приготовленных на основе крахмально-агарового геля. Мы применили данное исследование у 37 больных. Анализ контрастных рентгенограмм позволил выявить у всех обследованных больных сочетанное поражение ОНП. Количество контрастного вещества, необходимое для заполнения пазух, указывало на выраженность процесса. Во всех случаях в воспалительный процесс вовлекался решетчатый лабиринт, чаще передние его клетки. Поражение верхнечелюстных пазух имело место в 97% случаев, лобных - 64,4%, основной - 8,7%.

ВЫВОДЫ:

1. Острый синусит, как правило, поражает несколько пазух одновременно. 2. Синус-катетер "ЯМИК" дает возможность провести дифференциальную диагностику между ринитом и "рентгенонегативным" синуситом. 3. Контрастная синусография, произведенная при помощи синус-катетера "ЯМИК", позволяет судить о локализации, характере и выраженности воспаления во всех пазухах с одной стороны. 4. Синус-катетер может быть использован как средство получения смыва со слизистой оболочки ОНП для бактериологического исследования.

В.Р.ГОФМАН, А.С.КИСЕЛЕВ, К.В.ГЕРАСИМОВ (Санкт-Петербург)

РИНОМАНОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ

С целью изучения возможностей методов определения дыхательной функции носа (риноманометрии) в диагностике и дифференциальной диагностике хронических заболеваний слизистой оболочки полости носа проведено изучение проходимости носовых ходов методом передней пассивной ринотахоманометрии у 224 больных, страдающих различными формами хронического ринита. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Методы исследования носа и околоносовых пазух

Установлено, что в контрольной группе средняя величина носового сопротивления составила $0,28 \pm 0,06$ кПа л/с. Анемизация слизистой оболочки привела к снижению общего носового сопротивления на 6-20% у 10 обследованных, у остальных коэффициент носового сопротивления не изменялся. Средняя величина асимметрии в проходимости носовых ходов составила $13 \pm 2\%$.

Обследование больных позволило установить, что величина носового сопротивления в значительной степени определяется характером патологии и длительностью заболевания. Так, при катаральном и атрофическом рините значения величины общего носового сопротивления в целом соответствовали нормальным показателям, однако наблюдалась более выраженная асимметрия в проходимости носовых ходов. Средний коэффициент носового сопротивления у больных с гипертрофическим ринитом составил $0,62 \pm 0,06$ кПа л/с. Практически во всех случаях наблюдалось снижение коэффициента после анемизации слизистой оболочки полости носа, однако уменьшение не превышало 20% от исходного уровня.

Обследование 172 больных с вазомоторным ринитом показало значительную зависимость носового сопротивления от формы вазомоторного ринита и длительности заболевания. Так, при нейровегетативной форме средняя величина составила $0,82 \pm 0,06$ кПа л/с, при этом максимальные значения наблюдались при длительности заболевания от 1 года до 3 лет. В последующем отмечено некоторое снижение показателей, однако одновременно утрачивалась способность слизистой оболочки нижних носовых раковин к сокращению после анемизации. Средняя величина носового сопротивления при сезонной аллергической форме составила $0,7 \pm 0,06$ кПа л/с при обострении и $0,39 \pm 0,06$ кПа л/с в период ремиссии. При этом максимальные значения также наблюдались при длительности заболевания от 1 года до 3 лет. В межприступный период, наоборот, происходило увеличение величины общего носового сопротивления при увеличении длительности заболевания. Анемизация слизистой оболочки не вызывала уменьшения коэффициента до нормальных значений. При постоянной аллергической форме средняя величина составила $0,5 \pm 0,06$ кПа л/с, при этом с увеличением длительности заболевания наблюдалось увеличение всех показателей носового сопротивления.

Сопоставление показателей риноманометрии после консервативного и хирургического лечения с показателями риноманометрии при проведении пробы с сосудосуживающими веществами до лечения позволило выявить определенные корреляции между способностью слизистой оболочки нижних носовых раковин к сокращению и эффективностью проводимой терапии.

Полученные результаты позволяют рекомендовать использование риноманометрии в диагностике и дифференциальной диагностике различных заболеваний слизистой оболочки полости носа, а также для определения лечебной тактики.

А.С.КИСЕЛЕВ, Т.А.ЛУШНИКОВА, В.Ф.МЕЛЬНИК (Санкт-Петербург)

О НЕКОТОРЫХ СФЕНОИДАЛЬНЫХ СИНДРОМАХ

В диагностике хронического сфеноидита существенную роль играет умение выделить, оценить и сопоставить совокупность клинических и рентгенологических симптомов, которые в отдельности не имеют большого клинического значения. В настоящем сообщении приводится анализ некоторых симптомов хронического сфеноидита, проведенный на основе обследования 206 больных с данной патологией.

У большинства больных отмечено двустороннее поражение (65%) клиновидных пазух. Изолированный сфеноидит имел место в 29% случаев, у 71% пациентов отмечалось сочетанное поражение околоносовых пазух, т. е. полисинусит. Все обследованные жаловались на головную боль, характер которой обусловлен особенностями иннервации данной топографо-анатомической области.

Одной из типичных характеристик головной боли при сфеноидите является ее "постоянная проекция". Она отмечена в 43% случаев (как при изолированном, так и при сочетанном сфеноидите). Особенностью "сфеноидальных" болей является их мучительность, упорное постоянство, лишшающее человека сна, снижающее память и работоспособность, приводящее к депрессии. У 4 больных депрессия была настолько выражена, что потребовала временного их перевода в психо-неврологический стационар с целью предотвращения суицида.

Нам удалось отметить одну из особенностей головной боли при сфеноидите - усиление ее на солнце и в жарком помещении (наблюдалась в 44,6%). Возможно, это объясняется блокадой соустьев пазух насыхающим секретом и затруднением опорожнения пазух. Аналогичное объяснение может быть дано и появлению болей в ночное время, описанному еще С.А.Проскураковым (1931). Этот симптом отмечен у 45% больных с изолированным и у 38% с сочетанным сфеноидитом. У 77% больных с изолированным хроническим сфеноидитом головная боль локализовалась в центре головы, при этом у них возникало ощущение "раскалывания". Аналогичная боль при сочетанном сфеноидите наблюдалась у 38% больных. Иррадиация боли в лобную, затылочную области и в глазницы имела место у 73% больных с изолированным и у 38% больных с сочетанным поражением клиновидных пазух.

Приведенные сведения об особенностях головной боли при сфеноидите позволяют рассматривать ее как своеобразный "сфеноидальный болевой синдром". Если справедливо мнение, что только один хорошо собранный анамнез может обеспечить около 50% информации для постановки диагноза у больных с лабиринтными расстройствами (В.С.Олисов, 1973; В.Г.Базаров, 1988), то это также, видимо, справедливо и для сфеноидита.

Выявление "сфеноидального болевого синдрома" определяет дальнейшую тактику обследования больного. Это прежде всего визуализация гнойного отделяемого клиновидной пазухи. Последнее вызывает ответную воспалительную реакцию со стороны слизистой оболочки сфено-этроидальной области, носоглотки, задней и боковых стенок ротоглотки, которую можно установить при передней и задней риноскопии, а также фарингоскопии. Изменения слизистой оболочки задних отделов полости носа, носоглотки и ротоглотки мы установили у 63% больных с изолированным и у 84% больных с сочетанным сфеноидитом.

Такую ответную реакцию слизистой оболочки полости носа и глотки на раздражение ее гнойным отделяемым из клиновидной пазухи мы по аналогии со "сфеноидальным болевым синдромом", предлагаем называть "сфеноидальным синдромом слизистой оболочки" верхних дыхательных путей.

Выявление рассмотренных "сфеноидальных" синдромов определяет дальнейшую диагностическую тактику: рентгенотомография, компьютерная томография, зондирование или пункция клиновидной пазухи, а при необходимости и диагностическая сфеноидотомия.

А.С.КИСЕЛЕВ, А.Н.БУКРЕЕВ (Санкт-Петербург)

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ЭНДОАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Эндоназальный доступ к задним отделам решетчатого лабиринта и клиновидной пазухе, имеет неоспоримые достоинства, но представляет собой серьезное хирургическое вмешательство, грозящее возможностью развития внутричерепных осложнений.

Нами предприняты попытки объективизировать степень предполагаемого операционного риска при эндоназальных оперативных вмешательствах по некоторым признакам, наглядно выявляемым на боковых рентгенограммах и рентгенотомограммах черепа, а именно, по величине базилярного угла и по степени опущения ситовидной пластинки в полость носа.

Базилярный угол открыт кпереди и образован двумя прямыми, проходящими через точки назиян и базион, и имеет вершину в селлярной точке. Величина базилярного угла определяет угол оперативного доступа. Степень опущения ситовидной пластинки оценивалась по значению угла "бета", открытого кпереди и образованного двумя прямыми: линией, соединяющей селлярную точку с точкой назиян, и касательной, проведенной через селлярную точку к суммарной линии ситовидной пластинки.

Базилярный угол и угол ситовидной пластинки измерялись планшетом, выполненным из плотной прозрачной пленки с нанесенными на нее угловыми делениями. Углы измерялись как на обзорных боковых рентгенограммах черепа, так и на трех томографических срезах: по срединной плоскости и отступя 0,5 см от нее в обе стороны. После этого выбиралось среднее значение для базилярного угла и максимальное значение для угла ситовидной пластинки. Всего оценено 400 краниограмм. В результате получены следующие данные: величина базилярного угла колебалась от 118° до 160° при среднем значении в 135°; угол ситовидной пластинки изменялся от 0° до 24° при среднем значении 8°.

Условно разделив все полученные значения каждого из углов на две группы (выше среднего, ниже среднего), мы получили четыре сочетания, которые могут определять степень риска эндоназального вмешательства. С этой точки зрения данные сочетания были обозначены: "благоприятно", "удовлетворительно", "затруднительно" и "опасно". Частота встречаемости последних составила соответственно: 20%, 20%, 42%, 18%. Таким образом, приемлемые условия для эндоназальных операций в области глубоких параназальных синуситов имеются лишь в 40% случаев.

С.А.КЛИМАНЦЕВ, С.В.РЯЗАНЦЕВ (Санкт-Петербург)

РИНОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

Идиопатические нарушения ритма сердца представляют одну из проблем аритмологии и имеют многофакторный генез. Сейчас активно обсуждается роль автономного дисбаланса в происхождении сердечных аритмий. Доказано, что все нарушения ритма и

функций сердца можно получить при раздражении экстракардиальной нервной системы от периферических отделов до гипоталамической области.

Нами был отмечен факт нарушений ритма сердца у группы лиц в возрасте от 15 до 40 лет, имевших патологию полости носа. Они были обследованы с целью исключения прочих интра- и экстракардиальных причин, способных вызвать нарушения ритма. У 5 из 23 обследованных были зарегистрированы частые предсердные, а у 18 - желудочковые эктопические комплексы. Во всех случаях при риноскопии определялись изменения в виде выраженных вазомоторных расстройств, деформаций носовой перегородки с нарушением носового дыхания. У 6 больных был диагностирован полипозный риносинусит. При неврологическом осмотре во всех случаях диагностированы вегетативные нарушения.

При исследовании возможной роли риногенной дисфункции мы обратили внимание на общность автономной иннервации полости носа и сердца. Ее источником в полости носа является нерв крыловидного канала (видиев нерв). Сердце иннервируется ветвями сердечных сплетений, образующихся из узлов симпатического ствола и блуждающего нерва. В стволе мозга расположены парасимпатические ядра VII и X черепно-мозговых нервов, имеющие полисинаптические контакты между собой и лимбико-ретикулярным комплексом. Дуга ринокардиального рефлекса реализуется через видиев и тройничный нервы, верхнее слюноотделительное ядро с переключением его на дорсальное ядро блуждающего нерва и последующим влиянием на сердце.

С целью регистрации этих влияний мы применили методику математического анализа ритма сердца по Р. М. Баевскому, поскольку она позволяет оценить баланс между симпатической и парасимпатической нервной системой. Установлен факт преимущественного парасимпатического преобладания при хронической риногенной дисфункции, что согласуется с результатами велоэргометрической и атропиновой проб, с исследованием автономного обеспечения.

Скорость развития медленной диастолической деполяризации реализуется автономной нервной системой, и в случае парасимпатического преобладания она замедляется, т.к. ацетилхолин повышает калиевую проницаемость мембран. Однако, в 4 случаях было отмечено преобладание симпатического тонуса. Поскольку влияние автономной нервной системы является опосредованным, ответ на адекватный раздражитель бывает не однозначным, он зависит от текущих процессов в метасимпатической нервной системе (функциональный модуль). Следствием может быть как возбуждение, так и торможение функции органа, т. е. разнонаправленный ответ на одинаковый стимул. Это может проявляться в виде изменения ритма и автоматии с появлением эктопической импульса-ции.

Эти факты указывают на возможную роль ринологической патологии в патогенезе так называемых идиопатических нарушений ритма сердца.

В.Г.ЗЕНГЕР, О.В.ДЕРЮГИНА (МОСКВА)

ВОЗМОЖНОСТИ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Носовые кровотечения представляют собой распространенный симптом целого ряда заболеваний. Одной из причин рецидивирующих массивных носовых кровотечений является геморрагический ангиоматоз - болезнь Рандю-Ослера, для которой характерны множественные телеангиэктазии на слизистой оболочке носа, полости рта и на коже. Заболевание считается врожденным и обусловлено отсутствием или резким истончением мышечного слоя и эластичных волокон в стенках сосудов. С возрастом дисплазия мезенхимы усиливается, что способствует развитию васкулярных эктазий. При таких изменениях сосуды не могут эффективно сокращаться после разрыва их стенки. Нередко именно образованием эктазий можно объяснить рецидивирующий характер и тяжесть носовых кровотечений при гипертонической болезни и атеросклерозе. Причиной профузного спонтанного носового кровотечения может явиться разрыв аневризмы кавернозного отдела внутренней сонной артерии, при этом кровь поступает в нос через клиновидную пазуху. Правильный диагноз в подобных случаях устанавливается только на основании данных разделного ангиографического исследования внутренних и наружных сонных артерий с обеих сторон.

Ангиографическая картина ангиодисплазий выражается в гипертрофии конечных ветвей челюстных или переднелатеральных решетчатых артерий, либо в виде артериальных аневризм разнообразной формы, патологически расширенных вен небольшого диаметра. В этих случаях при отсутствии эффекта от передней и задней тампонады обычно применяют два типа операций: перевязку наружной сонной или верхнечелюстной артерий, перевязку или клипирование решетчатых артерий. Однако, эти операции могут не дать эффекта из-за наличия коллатералей между ветвями наружной сонной артерии (верхнечелюстной и лицевой), затылочной и позвоночной артериями, ветвями глазничной и наружной сонной артерий. Неуклонно прогрессирующий характер заболевания, неэффективность консервативной терапии и полухирургических методов локального воздействия, постоянная угроза серьезных и даже смертельных кровотечений служат основанием для эмболизации патологически измененных артерий.

В ЛОР-отделении МОНИКИ за последние 5 лет по поводу носовых кровотечений было госпитализировано 19 больных в возрасте от 16 до 76 лет. Из них 17 мужчин и 2 женщины. Причины кровотечений: гемофилия, тромбоцитопатия, перелом костей носа, предшествовавшая операция - удаление ангиофибромы носоглотки, гипертоническая болезнь, болезнь Рандю-Ослера. У нескольких больных четкой причины рецидивирующих носовых кровотечений установить не удалось. Проводилось традиционное обследование, передняя и задняя тампонада носа, гемостатическая и симптоматическая терапия. Одному больному выполнена отслойка слизистой оболочки перегородки носа; одному - электрокаустика кровоточащего сосуда; одному - перевязка наружных сонных артерий с обеих сторон.

В шести наиболее тяжелых случаях, проведено ангиографическое исследование - каротидная ангиография. При этом у одного пациента была обнаружена аневризма сонной

артерии. У больного после перевязки наружной сонной артерии выявлен расширенный сосуд, отходивший от передней решетчатой артерии к полости носа. Остановки кровотечения в данном случае удалось добиться обычными методами. Двум больным произведена эмболизация ветвей наружной сонной артерии. Осложнений не было. Тампоны из носа были благополучно удалены тотчас после эндоваскулярного вмешательства.

Селективная ангиография с последующей эмболизацией сосудов имеет существенные преимущества, особенно у ослабленных больных; сохраняется возможность повторных эндоваскулярных вмешательств. Показаниями к эмболизации ветвей наружной сонной артерии являются тяжелые рецидивирующие носовые кровотечения, особенно из задних отделов полости носа и носоглотки: а) при болезни Рандю-Ослера; б) у больных с гипертонической болезнью и атеросклерозом; в) при травматических аневризмах ветвей наружной сонной артерии; г) поздние послеоперационные кровотечения из носо- и ротоглотки (5-е - 8-е сутки), когда необходима перевязка наружной сонной артерии или ее ветвей.

Л.Г.СВАТКО, В.Н.КРАСНОЖЕН (Казань)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ЕСТЕСТВЕННОГО СОУСТЬЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАЙМОРИТОМ ЛОКАЛЬНОЙ ОКСИГЕНАЦИЕЙ

Локальная оксигенация, так широко используемая при лечении воспалительных заболеваний околоносовых пазух (Г.З.Пискунов, И.Н.Кострова, 1980; В.В.Федоров, В.В.Демьяненко, 1986), возможна лишь при хорошей проходимости естественных соустьев. Для определения состояния их функции предложено множество достаточно сложных приборов и приспособлений (Л.Б.Дайняк, П.В.Полубуткин, 1977; Е.Н.Единак, 1987; П.П.Фертиков, 1990). Их использование в повседневной практике оториноларинголога затруднительно.

Для определения проходимости естественного соустья верхнечелюстной пазухи мы используем метод аускультации. Принцип основан на прослушивании шума, возникающего при нагнетании кислорода в пазуху.

Для проведения локальной оксигенации верхнечелюстной пазухи предварительно устанавливаем полиэтиленовую или полихлорвиниловую дренажную трубку посредством пункции тонкостенным металлическим троакаром. Подача кислорода в пазуху осуществляется под давлением 7 кПа.

Исследование проводится следующим образом. Обычный фонендоскоп прикладывают к передней стенке исследуемой верхнечелюстной пазухи больного в момент оксигенотерапии. При патологии, то есть нарушении функции естественного соустья, через фонендоскоп прослушивается высокий, свистящий шум. По мере выздоровления, а значит уменьшения воспалительного отека слизистой оболочки в области ее естественного соустья, характер шума меняется и становится низким, дующим. Его и следует, очевидно, считать нормой.

Указанным методом обследовано 208 больных острым и хроническим гайморитом, лечившихся локальной оксигенацией в возрасте от 6 до 47 лет. У всех больных отмечено

нарушение функции естественного соустья, определяемое аускультативно. Наиболее выраженным оно было в группе с острой формой воспаления. Нормализация функции естественного соустья наблюдалась в среднем к 4-5 дню от начала лечения.

Метод можно использовать при локальной оксигенации для оценки эффективности проводимой терапии гайморита. Он прост, доступен и может быть рекомендован к широкому применению.

А.В.СТАРОХА, В.Ф.ВОТЯКОВ, М.В.ШИЛОВ (Томск)

МЕТОД ВИХРЕТОКОВОЙ СИНУСОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ

В диагностике заболеваний околоносовых пазух ведущее место принадлежит рентгенографии, проведение которой не всегда возможно из-за лучевой нагрузки и зачастую исключает возможность многократного динамического контроля. Другие неинвазивные методы исследования пазух (эхосиноскопия, термография и др.) малоинформативны, требуют дорогостоящей аппаратуры.

Нами разработано устройство для выявления патологии околоносовых пазух, основанное на различии характеристик индуцированного поля вихревых токов в здоровой и больной пазухах (Положительное решение Роспатента). Электромагнитное поле высокой частоты индуцирует в исследуемой области (лобная или верхнечелюстная пазуха) поле вихревых токов, величина которого зависит от электропроводности содержимого пазухи и существенно отличается для воздуха, экссудата, либо полипозной ткани. Датчик прибора, устанавливаемый контактно в проекции исследуемой пазухи, дает информацию о состоянии тканей в пазухе, регистрируя даже незначительное полнокровие и отек слизистой оболочки. По величине изменения частоты измерительного автогенератора устанавливается характер патологического процесса (экссудация - пролиферация). Использование второго (опорного) датчика, соединенного с первым через электронный блок и устанавливаемого на интактном участке, позволяет исключить влияние на чувствительность прибора таких индивидуальных параметров, как электропроводность кожи, толщина костной стенки пазухи и т. д.

Простота эксплуатации устройства, его портативность и высокая чувствительность позволяют широко использовать прибор для ранней диагностики патологии околоносовых пазух как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Отсутствие вредного влияния на организм дает возможность многократного динамического обследования в процессе лечения синусита.

К.А.НИКИТИН (Санкт-Петербург)

НАЗОЛАКРИМАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС

Полость носа является богатейшей рефлексогенной зоной. Взаимодействие нейронов носореснитчатого и большого каменитого нервов получило название назолакримального рефлекса. Дуга данного рефлекса связывает верхнее чувствительное ядро тройничного нерва и верхнее секреторное ядро лицевого нерва. Клинически этот рефлекс проявляется усилением слезной секреции при тригеминальном раздражении полости носа (нашатырный спирт, бензин). Методика исследования назолакримального рефлекса используется в основном при топической диагностике поражений лицевого нерва и для объективизации результатов операции пересечения видиева нерва. Из-за сильной вариабельности параметров слезоотделения существуют определенные сложности в оценке результатов исследования назолакримального рефлекса. Нами были обследованы 30 практически здоровых людей в возрасте от 20 до 40 лет и ПО больных с периферическими парезами лицевого нерва различной этиологии. Исследование назолакримального рефлекса проводилось по следующей методике: в конъюнктивальный мешок устанавливалась полоска фильтровальной бумаги шириной 5 мм и длиной 35 мм. Затем с помощью специального устройства для дозирования тригеминального раздражения в полость носа подавался нашатырный спирт. Слезная секреция оценивалась по величине увлажнения полоски фильтровальной бумажки за 5 минут.

Наряду с абсолютными показателями секреции был введен специальный показатель теста - L, который рассчитывался по следующей формуле:

$$L = \pm \frac{L_1 - L_2}{L_1 + L_2}$$

где L_1 - величина увлажнения на стороне поражения, а L_2 - величина увлажнения на здоровой стороне.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В контрольной группе величина увлажнения полоски фильтровальной бумаги для правого глаза составила $24,8 \pm 1,7$ мм, для левого $20,8 \pm 1,8$ мм. Разница между значениями была статистически недостоверна ($P > 0,05$). Коэффициент вариации величин увлажнения для правого глаза был равен 21%, для левого - 25%. Значение показателя назолакримального рефлекса (1) находились в диапазоне от $-0,05 \pm 0,01$ до $+0,05 \pm 0,01$. У 28 пациентов с периферическими парезами лицевого нерва с гипосекрецией слезной жидкости на стороне поражения величина увлажнения составила $10,9 \pm 1,2$ мм, на здоровой - $25,3 \pm 2,1$ мм, разница между значениями статистически достоверна ($P < 0,001$). Среднее значение показателя назолакримального рефлекса соответствовало $-0,36 \pm 0,02$. У 82 пациентов с парезом лицевого нерва и гиперсекрецией слезной жидкости на стороне поражения величина увлажнения составила $29,1 \pm 0,7$ мм, на здоровой стороне $-19,8 \pm 0,5$ мм, разница между значениями статистически достоверна ($P < 0,001$). Величина показателя назолакримального рефлекса соответствовала $1 \pm 0,35 \pm 0,01$.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что абсолютные значения параметров увлажнения из-за сильной степени вариирования не могут служить объективным критерием назолакримального рефлекса. Введение показателя назолакримального рефлекса позволяет привести результаты оценки теста к закону нормального распределения

и установить его значения при поражениях выше и ниже места отхождения от лицевого нерва большого каменистого нерва.

Ю.В.МИТИН, А.А.СМЕХНОВ, А.Н.НАУМЕНКО (Киев)

МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСА ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА

Различные формы хронического ринита являются наиболее распространенными заболеваниями в оториноларингологии. По данным ряда авторов, каждый третий человек на Земле страдает хроническим вазомоторным ринитом. В настоящее время учение о микроэлементах как о заболеваниях, синдромах и патологических состояниях, вызванных избытком, дефицитом или дисбалансом микроэлементов в организме человека, привлекает все большее число исследователей. Учитывая этот факт, мы решили изучить минеральный обмен в тканях носа при некоторых формах хронического ринита.

Мы исследовали кусочки тканей нижних носовых раковин, полученные при их резекции, подслизистой криоконхотомии, выполненных по поводу гипертрофической, нейровегетативной и аллергической форм хронического ринита, на содержание в них различных микроэлементов. Использованы два метода: 1) метод вторично-ионной масс-спектрометрии (ВИМС) и 2) метод растровой электронной микроскопии (РЭМ). Работа на этих установках производится на базе института сверхтвердых материалов АН Украины. Кусочки ткани размером со спичечную головку после предварительного обезживания и высушивания наклеиваются на любую твердую поверхность и могут длительное время храниться в таком состоянии в обычных условиях.

Суть метода вторично-ионной масс-спектрометрии заключается в облучении поверхности образца пучком положительных ионов (N_2^+ , Ar^+ и др.), распылении поверхности этим пучком и в анализе выбитых ионов по отношению их массы к заряду. Метод дает возможность анализировать все химические элементы по глубине образца, начиная с водорода, а также сравнивать их количества.

К настоящему времени нами исследованы образцы носовых раковин у 17 пациентов с гипертрофическим и 15 с вазомоторным ринитом. Анализируя первые результаты исследования минерального состава тканей нижних носовых раковин, мы выявили следующие закономерности:

1. Содержание таких химических элементов, как Si, Cl, Fe при хроническом гипертрофическом рините в 2-2,5 раза превышает их содержание при вазомоторном рините и равняется соответственно 4.146, 54.546, 5.080 атом%.

2. Количество P, S, Ca, K при вазомоторном рините превышает их содержания при гипертрофии нижних носовых раковин и равняется соответственно 11.472, 25.669, 5.785, 19.198 атом%.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

1. Даже сравнительно небольшая группа обследованных нами лиц по двум нозологическим единицам дает определенные различия в содержании и некоторых химических элементов.

2. Применение ВИМС, который позволяет анализировать все химические элементы, начиная с водорода, в дальнейшем поможет определить роль микроэлементов в глубоких

метаболических процессах, затрагивающих биологические структуры и содержащиеся в них ферменты, принимающие участие в патогенезе хронического ринита.

Е.Ф.ФИРСОВ, И.С.ПИСКУНОВ, А.И.ЛАЗАРЕВ, Л.Н.ЕРОФЕЕВА (Курск)

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ КОНТРАСТНЫМИ ВОДОРАСТВОРИМЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ.

Метод контрастной рентгенографии околоносовых пазух, дающий объективную оценку состояния слизистой оболочки пораженной пазухи, является наиболее широко распространенным и общедоступным. Для контрастирования околоносовых пазух с 1988 года нами используются водорастворимые препараты (верографин, йодамид, триомбрин, тразограф, триомбрат, омнипак, урографин), в которые для повышения вязкости добавлялся один из синтетических полимеров. На 100 мл контрастного препарата для получения раствора с относительной вязкостью 130-180 добавляется следующее количество одного из полимеров: 3 г оксипропилметилцеллюлозы; 1 г метилцеллюлозы, 1 г натрий-карбоксиметилцеллюлозы; 7,5г поливинилового спирта. Для получения оптимальной интенсивности контрастирования слизистой оболочки и объемных образований в исследуемой пазухе контрастный препарат перед добавлением полимера разводится дистиллированной водой до концентрации йода в нем 150 мг/мл. Полученное полимерное контрастное средство не подвергается брожению и закисанию, не теряет контрастирующих свойств и стерильности при хранении до года.

За указанное время нами выполнено 1750 рентгеноконтрастных исследований у больных с различными патологическими процессами в околоносовых пазухах. Во всех случаях получена четкая информация, интерпретация которой имела решающее значение для постановки правильного диагноза. Ни у одного больного не наблюдалось никаких осложнений даже в тех случаях, когда контрастный препарат попадал в мягкие ткани. Не отмечено аллергических реакций, в том числе у тех больных, у которых ранее была реакция на введение йодолипола.

Успешное использование предложенной методики контрастирования дает основания рекомендовать ее для применения как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

А.И.ЛОПОТКО (Санкт-Петербург)

ВАЗОМОТОРНЫЕ РИНОСАЛЬПИНГООТИТЫ (диагностика, лечение)

Наличие структурных, функциональных и патогенетических коррелятов у верхних дыхательных путей и уха, допускает возможность выделения как нозологической формы вазомоторного риносальпингита (вазомоторного сальпингоотита). Для подтверждения данного постулата обследовано 176 больных, страдающих различными формами вазомо-

торного риносинусита. 36 из них жаловались на понижение слуха. Схема обследования включала в себя: осмотр ЛОР- органов, тональную аудиометрию, оценку эквивалентной функции слуховых труб, установление особенностей носового дыхания, синусобаро- и синусоволюмометрию, риновазографию, рентгенографию околоносовых пазух. Вазография основывалась на использовании оригинального метода эндоназальной фотоплетизмографии до и после адrenaлизации слизистой оболочки носа и ортостатических проб. Функция носового дыхания устанавливалась оригинальным прибором (ринорезистометром) по анализу соотношения "давление-скорость" воздушного потока у входа в нос. Эквивалентная функция слуховых труб оценивалась по результатам импедансометрии (тип тимпанограммы, давление в барабанной полости, скорость эквивалентной реакции при баронагрузочных пробах) до и после интратубарной адrenaлизации.

С помощью метода синусобарографии определяли эквивалентную функцию носового соустья верхнечелюстной пазухи. Исследование проводили на специальной установке, позволяющей регистрировать скорость стравливания искусственно создаваемого в пазухе избыточного давления. Метод акустической волюмометрии позволял измерять объем верхнечелюстных пазух. Оба метода предполагали предварительную пункцию пазух с последующим присоединением иглы Куликовского к установкам. Измерения проводились до и после адrenaлизации верхнечелюстных пазух.

Установлена прямая корреляция между степенью проявления функциональных изменений в носу после адrenaлизации (улучшение носового дыхания, увеличение объема верхнечелюстной пазухи, снижение резистентности верхнечелюстного соустья, повышение тонуса сосудов слизистой оболочки носа) и эквивалентной функцией слуховых труб после той же пробы. Характер этих изменений зависел от формы и стадии патологического процесса.

При аллергических формах эквивалентная функция слуховой трубы и верхнечелюстного соустья нарушалась чаще и выраженной. Скорость стравливания избыточного давления достигала 9 мм вод. ст./с. (в период ремиссии она соответствовала 50-78 мм вод. ст./с.) Адrenaлизация слизистой оболочки трубы и пазухи здесь не всегда приводила к восстановлению их функций. Реакция на адреналин развивалась медленно (максимальное раскрытие соустья и слуховой трубы, максимальный объем верхнечелюстной пазухи устанавливались на 10-15 минуте после его введения). При нейровегетативных формах риносинусопатий скорость стравливания давления была не меньше 22 мм вод. ст./с. Адrenaлизация пазухи и слуховой трубы приводила к нормализации их эквивалентной функции и улучшению слуха (где он был нарушен). Эффективность лечебных мероприятий по лечению вазомоторных риносинусопатий, коррелировала с их эффективностью при лечении эквивалентных нарушений слуховых труб и слуховых расстройств кондуктивного типа. Арсенал лечебных методов включал в себя: 1) субмукозную лазерную и ультразвуковую деструкцию слизистой оболочки носа; 2) диализ верхнечелюстных пазух; 3) пенистую оксигенотерапию.

При неэффективности названных методов, особенно, при сочетании вазомоторной риносинусопатий и экссудативного отита, прибегали к эндоназальной лазерной деструкции слизистой оболочки носоглотки в зоне ветвления нерва Бокка.

А.В.БОРЗОВ, М.П.НИКОЛАЕВ, О.В.МАКАРОВА (Москва).

ВЫДЕЛЕНИЕ ТКАНЕВЫХ ЭОЗИНОФИЛОВ ИЗ НОСОВЫХ ПОЛИПОВ И ИССЛЕДОВАНИЕ ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

Эозинофилы функционируют главным образом в тканях и в норме составляют лишь небольшую часть циркулирующих лейкоцитов (Т.Fucuda, J.G.Gerald, 1989). При некоторых патологических процессах, например, при назальном полипозе, отмечается усиленный инфлюкс эозинофилов в ткань. Назальный полипоз может служить удобной моделью для изучения тканевых эозинофилов человека. Эозинофильная инфильтрация полипозной ткани выражена в большинстве случаев (I.Friedman, D.A.Isborn, 1982). Объем ткани, получаемый при хирургическом лечении, достаточно велик. При поэтапном удалении полипов возможна сравнительная оценка реакции тканевых эозинофилов. Этические проблемы, связанные с получением полипов для исследования, практически отсутствуют. Сравнение выделенных из полипозной ткани и циркулирующих эозинофилов может помочь в изучении патогенеза этого заболевания, а также в оценке прогноза и лечения.

Одним из методов получения клеточных элементов из ткани является метод энзиматического выделения с помощью коллагеназы. При сравнении тканевых и циркулирующих эозинофилов необходимо изучить воздействие коллагеназы на последние. В настоящее время наиболее распространенным методом изоляции эозинофилов из крови является разделение клеток на ступенчатых градиентах плотности перколла, метризамида или смеси полисахаридов с метризоатами (Т.Т.Hansel, I.D.Pound, 1990), основанное на том, что эозинофилы имеют большую, чем другие лейкоциты, плотность. Эозинофильная популяция неоднородна и содержит клетки нормальной (более 1,095 г/л) и низкой (до 1,095 г/л) плотности. Последняя фракция считается функционально более активной, она увеличивается при различных заболеваниях (Т.Fucuda, J.G.Gerald, 1985).

Целью нашего исследования явилась разработка метода получения эозинофилов из полипозной ткани, определение некоторых их характеристик, изучение воздействия коллагеназы на эозинофилы крови.

Исследовали периферическую кровь и ткань полипов 10 больных назальным полипозом. Из крови эозинофилы выделяли на ступенчатых градиентах плотности смеси фиколла и диатризоата натрия по модифицированной нами методике М.Yasdanbaksh, С.М.Esmann (1987), при этом часть лейкоцези инкубировали с раствором коллагеназы. Полипозную ткань после измельчения также инкубировали с раствором коллагеназы, полученную клеточную суспензию разделяли по вышеуказанной методике. Определяли жизнеспособность клеток с помощью окрашивания трипановым синим, процентное содержание эозинофилов, НСТ-тест.

Показано, что инкубация эозинофилов крови в растворе коллагеназы не оказывает влияния на их жизнеспособность и активность в НСТ-тесте, процентное содержание эозинофилов с плотностью более 1,095 г/л увеличивается. Количество эозинофилов, выделенных из 1 г ткани носовых полипов, составило от 0,28 до 1,5 млн клеток. Содержание эозинофилов во фракции низкой плотности варьировало от 2 до 21%, нормальной плотности - от 3 до 42%. Активность выделенных тканевых эозинофилов в НСТ-тесте была выше, чем полученных из крови.

Таким образом, эозинофилы, выделенные из ткани носовых полипов, могут быть использованы для изучения функциональных и рецепторных характеристик этих клеток, что позволит лучше понять их роль в развитии тканевых повреждений.

М.С.МИХАЙЛОВСКИЙ, Х.М.АСАДУЛАЕВА (Махачкала)

АЗОТИСТЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НОСОВОГО СЕКРЕТА ПРИ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТАХ

Биохимическая характеристика носового секрета в условиях нормы и патологии ЛОР-органов указывает на то, что эта жидкость представляет собою не пассивный фильтрат сред организма, а активно метаболизирующую среду.

Параметры различных метаболитов азотистого обмена свидетельствуют о их постоянстве у здоровых лиц и существенном отклонении от средней величины при острой и хронической патологии носа и околоносовых пазух.

Изучение биохимических показателей в носового секрета мы сочетали с микроскопией отпечатков со слизистой оболочки носа, исследованием смывов из полости носа и околоносовых пазух, проведением носового провокационного теста, реакции лейкоцитолита, вегетативных проб.

В качестве эталонного теста у здоровых использовались параметры метаболитов азотистого обмена носового секрета у 27 здоровых добровольцев. При этом получены следующие данные: белок - $240 \pm 10,35$, свободный аммиак - $0,40 \pm 0,001$, глутамин - $3,09 \pm 0,16$, аспарагиновая кислота - $3,0 \pm 0,10$, глутаминовая кислота - $3,32 \pm 0,21$, нейтральные аминокислоты - $12,32 \pm 0,72$, диаминокислоты - $5,18 \pm 0,32$, остаточный азот - $40,41 \pm 2,31$, рН - $7,6 \pm 0,001$.

В наблюдениях за 100 больными нами доказано, что при всех формах ринитов, в том числе и вазомоторной, происходит существенное (в 1,5-2,5 раза) повышение содержания белка, глутамин и аммиака. Указанная закономерность наиболее выражена при аллергической форме вазомоторного ринита. Для этой формы, в отличие от вульгарного воспалительного процесса, характерно резкое снижение количества всех аминокислот (аспарагиновой, глутаминовой, нейтральных и диаминовых) почти в 1,5-2 раза. Как правило, в носовом экскрете повышается протеолитическая активность, более выраженная при гнойном, менее - при аллергическом рините.

У 70% больных, страдающих аллергической формой вазомоторного ринита в носовом секрете появляется гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), в естественных условиях встречающаяся только в ткани ЦНС. При нейросекреторной форме вазомоторного ринита ни активации- протеолиза, ни появления в носовом экскрете ГАМК не отмечено.

Таким образом, учитывая существенное повышение в носовом секрете конечного продукта тканевого метаболизма - аммиака, следует считать его важным регулятором и модификатором физико-химических и биологических свойств белков и ферментов, определяющих направление хода воспалительной реакции при вазомоторном рините. Учитывая параллелизм накопления аммиака и глутамин, источником амидирования следует считать не глутамин, а поступление преформированного аммиака из тканей и слизистой оболочки носа за счет восстановительного амидирования альфа-кетоглутаровой

и щавелево-уксусной кислот, а также протеолитической активности секрета. Остается загадкой назначение и смысл фильтрации ГАМК, ибо последняя образоваться в периферийных тканях не может.

В.Г.МЕРКУЛОВ, М.А.РЯБОВА, С.В.ЛАПЕКИН (Санкт-Петербург)

РАДИОИЗОТОПНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ОПЕРИРОВАННЫХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ.

Своевременное выявление и дифференциальная диагностика характера рецидива воспаления на фоне закономерных структурных изменений в послеоперационной полости околоносовой пазухи составляют актуальную проблему в клинике ЛОР болезней. В последнее время получили развитие методы, отражающие активность воспалительного процесса в оперированной пазухе, в частности, радиоизотопное исследование. Возможность применения этого метода у больных после синусотомии исследовали J. Wickenhauser et al. (1978), K. W. Frey et al. (1981), M. Strauss et al. (1985).

Мы изучили возможности радиоизотопного исследования с Tc99 в диагностике рецидивов воспалительного процесса у больных с оперированными околоносовыми пазухами. Tc99 технефор (300 МБк) вводили больному внутривенно за 4 часа до сцинтиграфии.

Радиоизотопное исследование проведено 15 больным в различные сроки после операции. При комплексном обследовании, включающем клиническое, бактериологическое, рентгенологическое, термографическое и эндоскопическое исследования, у 3 больных, перенесших операцию на верхнечелюстной пазухе, не было обнаружено патологии. При радиоизотопном исследовании у этих больных не было выявлено патологических очагов гиперфиксации радиофармпрепарата (РФП) в проекции околоносовых пазух.

У 7 больных был выявлен рецидив гнойного или гнойно-полипозного процесса в полости оперированной пазухи (в 1 случае - в лобной, в 2 - в лобной и верхнечелюстной, в 4 - только в верхнечелюстной). У всех этих больных при радиоизотопном исследовании отмечена гиперфиксация РФП в проекции пораженной пазухи (на 25-40% выше, чем на противоположной стороне). У 3 больных с невралгией второй ветви тройничного нерва после операции на верхнечелюстной пазухе и отсутствием гнойного воспаления в послеоперационной полости распределение РФП в костях лицевого черепа было нормальным. У 2 больных после операции на верхнечелюстной пазухе при радиоизотопном исследовании отмечена гиперфиксация РФП в проекции оперированной пазухи при отсутствии клинических признаков воспаления в ней. Данный факт может быть связан с послеоперационной травмой костных стенок пазух, однако, требует дальнейшего изучения и аргументации.

Таким образом, радиоизотопное исследование с Tc99 может быть успешно применено для дифференциальной диагностики патологических состояний оперированных околоносовых пазух. Свойства РФП накапливаться в костной ткани с высоким уровнем метаболизма позволяет использовать метод для оценки активности воспалительного процесса в оперированных пазухах и дифференциальной диагностики. В ранние сроки после операции (3-6 месяцев) метод не пригоден для выявления гнойного воспаления в послеоперационной полости.

А.Н.ГРЕБЕННИКОВ, А.Г.ШЕВЧЕНКО, А.Ю.ВАСИЛЬЕВ (Москва)

ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПРОХОДИМОСТИ СОУСТЬЕВ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕБНО-ЛЕТНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.

Состояние выводных отверстий(соустьев), соединяющих пазухи с полостью носа, играет значительную роль не только в патологии околоносовых пазух, но и при ситуациях, когда имеет место быстрый перепад барометрического давления, например у летного состава ВВС. Определением проходимости соустьев занимались как отечественные, так и зарубежные ученые, однако исследовалась, как правило, одна, верхнечелюстная пазуха, как наиболее доступная для манипулирования. Сведения в литературе по этому вопросу разноречивы. Традиционные методы исследования, в том числе обычная рентгенография, компьютерная томография не дают достоверной информации о функциональном состоянии околоносовых пазух, их выводных отверстий, способности пазух переносить значительные перепады барометрического давления во время полета, необходимой для экспертной оценки пригодности кандидатов к летному обучению и летчиков к профессиональной летной деятельности.

Исследования, описанные в литературе, предусматривают неоднократные пункции околоносовых пазух и многократные рентгеновские исследования, что в настоящее время мало пригодно для решения вопросов экспертизы. С этой целью нами применялась беспункционная контрастная полисинусография 50% водорастворимым контрастным веществом с использованием синус-катетера "ЯМИК", компьютерная синусография, компьютерная контрастная синусография.

Проведено обследование 200 лиц летного состава. В результате проведенного исследования в 18% случаев не обнаружено изменений околоносовых пазух, хотя на стандартных рентгенограммах определялись признаки того или иного патологического процесса. В 9% случаев диагностирован острый синусит, в 70% -хронические кистозно - полипозные процессы. В 3% случаев данный метод применялся для объективизации состояния верхнечелюстных пазух после радикальной операции по Калдвеллу -Люку, вследствие малой информативности в этом случае традиционной рентгенографии.

В сложных диагностических случаях у 38 пациентов применялась компьютерная томография и у 5 человек контрастная компьютерная томография 0,1% водорастворимым контрастным веществом. Полученные данные по информативности не превосходят беспункционную контрастную полисинусографию, т.к. не позволяют судить о функциональном состоянии околоносовых пазух и их выводных отверстий.

Вопрос об определении функционального состояния околоносовых пазух и их выводных отверстий в настоящее время остается открытым и требует доработки, в этом плане нами проведены следующие исследования: после введения контраста в положении "лежа" проводились рентгенограммы в боковой и носо-подбородочной проекциях. Затем через определенные промежутки времени производились серии боковых рентгенограмм в ортостатическом положении.

По полученным результатам 100% эвакуация контраста из лобной, клиновидной пазух и решетчатого лабиринта происходит в течение первого часа. К этому сроку

эвакуация контраста из верхнечелюстной пазухи происходит только в 50% случаев. 100% эвакуация контраста из верхнечелюстной пазухи, по нашим данным, наступает, в среднем, в течение 5 часов.

При замедлении эвакуации контрастного вещества из верхнечелюстной пазухи более 5 часов, проводилась контрольная стандартная рентгенография спустя 24 часа после контрастирования. Во всех случаях к этому времени признаков контраста в околоносовых пазухах не обнаружено. Следовательно после беспункционной контрастной полисинусографии летчик может быть допущен к обследованию в барокамере на следующие сутки, что значительно сокращает общую продолжительность обследования пациента (согласно приказу об освидетельствовании летного состава, летчик допускается к нагрузочным пробам не ранее 3-4 суток после пункционной синусографии).

Таким образом, разработан принципиально новый объективный метод оценки функциональных способностей околоносовых пазух и их выводных отверстий. Исследуется не одна пазуха, а целая их система, ее анатомические особенности и функциональные возможности. Применяя данный метод на этапе отбора кандидатов к летному обучению можно судить не только о годности обследуемого к профессиональной летной деятельности, но с большой степенью вероятности прогнозировать возможность появления патологических процессов в околоносовых пазухах под воздействием неблагоприятных факторов полета, в частности, перепадов барометрического давления. Применение данного метода позволяет повысить эффективность профотбора кандидатов к летному обучению, т.к. подготовка летчика обходится государству очень дорого.

Метод прост в употреблении и может применяться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, экономически выгоден. При применении беспункционной контрастной полисинусографии значительно сокращается время обследования летного состава и уменьшается лучевая нагрузка.

В.П.БЫКОВА, А.С.ЛОПАТИН, Н.Г.ЧУЧУЕВА, Г.П.САТДЫКОВА
(Москва)

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОСТИОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ ПО ДАННЫМ СВЕТОВОЙ И ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ

Современная концепция эндоназальной эндоскопической хирургии, проводимой в пределах остиомеатального комплекса (ОМК), требует уточнения структурной организации и реактивных изменений слизистой оболочки на разных участках анатомических образований, составляющих ОМК.

Цель настоящего исследования - получение дополнительной морфологической информации об изменениях слизистой оболочки носа на протяжении ОМК у больных с хроническими риносинуситами, имея ввиду прежде всего состояние эпителиального покрова и собственной пластинки. С этой целью при выполнении эндоскопического вмешательства у больных с хроническими риносинуситами производилась биопсия слизистой оболочки из 6 постоянных точек: 1-я - верхняя часть крючковидного отростка; 2-я - нижняя часть крючковидного отростка; 3-я - латеральная поверхность средней носовой раковины напротив крючковидного отростка; 4-я - нижний край переднего конца

средней носовой раковины; 5-я - передняя стенка буллы; 6-я - медиальный аспект средней носовой раковины или полипозная ткань из верхнего носового хода. Всего исследовано 54 тканевых образца от 9 больных в возрасте 18-56 лет, 6 мужчин и 3 женщины.

Тканевые образцы изучали методами световой и трансмиссионной электронной микроскопии. При анализе электронограмм использовали прием реконструкции гистологического изображения, наблюдаемого на соответствующем полутонком срезе. Данный прием позволял интерпретировать гистологическое изображение на ультраструктурном уровне. Сравнение структурных характеристик изучаемых точек проводили как по отдельным индивидуумам, так и по группе больных в целом.

В результате исследования установлены три категории различий: I - различия в исходной структуре слизистой оболочки ОМК в зависимости от локализации взятого тканевого образца; II - различия в степени повреждения и характере реактивного состояния покровного респираторного эпителия слизистой оболочки на различных участках ОМК; III - индивидуальные различия, зависящие от стадии воспалительной реакции и клинической формы заболевания. В сообщении приводятся основные структурные характеристики изученных тканевых образцов в соответствии с названными категориями изменений.

По полученным данным состояние слизистой оболочки в пределах ОМК при однотипности воспалительного процесса характеризуется мозаичностью повреждений и реактивных изменений респираторного эпителия, что, вероятно, отражает асинхронизм секреции и мукоцилиарного клиренса. Локализация наибольших повреждений эпителия в передних отделах среднего носового хода не позволяет исключить усугубляющее влияние аэродинамической травмы.

Иммунология носа

Б.С.ЛОПАТИН, Е.В.БОРЗОВ (Иваново)

ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ РИНИТОМ

Хроническое воспаление слизистой оболочки носа у детей дошкольного возраста является фактором, предрасполагающим к частым ОРЗ. По нашим данным, распространенность этого заболевания в группе часто болеющих детей составляет 120,8 случаев на 1000. Это почти в три раза превосходит показатель в группе редко болеющих - 44,1 случаев на 1000 детей ($P > 0,01$).

С целью изучения влияния хронического воспаления слизистой оболочки носа на состояние здоровья ребенка нами было проведено клиничко-иммунологическое обследование 34 часто болеющих детей с хроническим катаральным ринитом вне обострения в возрасте от 3 до 7 лет. Контрольную группу составили 30 редко болеющих детей этого же возраста без ЛОР - патологии.

Всем детям проводилось тщательное оториноларингологическое обследование, пальцевое исследование носоглотки, по показаниям - рентгенография околоносовых пазух. Исследовалось содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови, определялись активность лизоцима и концентрация секреторного IgA в носовом и ротоглоточном секретах.

Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови у детей с хроническим катаральным ринитом практически не отличалось от соответствующих показателей в контрольной группе. Концентрация SIgA в ротоглоточном секрете у детей с патологией носа также соответствовала нормальному уровню. Индивидуальный разброс показателей у здоровых детей (64 мг%) был значительно меньше чем у больных (140 мг%).

У детей с хроническим катаральным ринитом наиболее существенными были изменения показателей местного иммунитета полости носа. Уровень SIgA в носовом секрете больных детей был значительно снижен по сравнению с контрольной группой ($p > 0,001$). Только у 4 больных (13,3%) содержание SIgA было в пределах нормальных значений, а у одного ребенка (3,3%) значительно превышало их (130 мг%). В 7 случаях (23,4%) концентрация SIgA была ниже нормы, у 18 детей (60,0%) этот иммуноглобулин в отделяемом из носа отсутствовал совсем. Активность лизоцима в носовом секрете детей с хроническим катаральным ринитом была также снижена по сравнению со здоровыми детьми ($p > 0,001$).

Проведенные исследования показывают, что хронический катаральный ринит у детей сопровождается значительным угнетением гуморального звена местного иммунитета, что, по всей видимости, оказывает влияние на восприимчивость организма ребенка к инфекции.

Г.М.ПОРТЕНКО (Тверь)

ИЗМЕНЕННЫЙ ИММУННЫЙ СТАТУС КАК ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

До сих пор неясными остаются вопросы этиологии и патогенеза полипозного риносинусита (Д.И.Тарасов, 1965; Г.З.Пискунов и соавт., 1987; J.Karlsson и соавт., 1985 и др.). В последние годы внимание исследователей привлекает изучение иммунных процессов при полипозных риносинуситах (Т.Н.Леонтьева, 1975; R.Chandra, 1974 и др.). Мы изучили иммунный статус у больных полипозным риносинуситом и у здоровых лиц и рассчитали риск возникновения данного заболевания по формуле, предложенной И.С.Случанко и соавт. (1985). Для этого мы исследовали сывороточные иммуноглобулины крови у 100 больных полипозным риносинуситом и у 465 здоровых лиц, а также клеточный иммунитет у 20 больных и у 20 здоровых лиц и секреторные иммуноглобулины в носовом отделяемом у 60 больных и у 100 здоровых лиц.

Наши исследования показали, что у больных полипозным риносинуситом достоверно снижено содержание IgG и M при нормальном содержании IgA, снижено количество циркулирующих в крови T- и B- лимфоцитов. Уровень секреторного иммуноглобулина A в носовом отделяемом был несколько выше по сравнению со здоровыми лицами. Рассчитан относительный риск развития полипозного риносинусита у лиц со сниженным содержанием IgG в крови. Он оказался равным 19 ($x_2 = 74,9 > 3,84$, $P < 0,1$). Риск развития данного заболевания у лиц со сниженным содержанием Ig M оказался равным 2,1 ($x_2 = 6,5 > 3,84$, $P < 0,01$). Повышенное содержание SIg A в носовом отделяемом не является фактором риска развития полипозного риносинусита, так как относительный риск по нашим данным равен 0,6. При расчете за норму мы брали верхнюю границу содержания секреторного иммуноглобулина A в отделяемом полости носа (0,853 г/л).

При обследовании 1174 жителей Тверской области не выявлено ни одного случая первичного иммунодефицита по Ig A, M, G. Таким образом, риск развития полипозного риносинусита у лиц со снижением в крови содержания Ig G выше в 19 раз, Ig M - в 2,1 раза. Следовательно, сниженное содержание в крови Ig G и Ig M следует относить к внутренним факторам риска развития полипозного риносинусита.

Ю.В.ПОВАРОВ, А.О.МЕРКУЛОВ (Санкт-Петербург)

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ

В течении 2 лет нами было обследовано 1560 лиц - участников ликвидации аварии на ЧАЭС и ее последствий, подвергшихся лучевому воздействию или проживающих на зараженной территории. Все больные проходили обследование и лечение в клиниках Военно-медицинской академии по программе "Чернобыль". Выявлено 147 больных с

хроническими заболеваниями ЛОР органов: 53 - с атрофическим ринитом, 24 - с атрофическим фарингитом, 22 - с вазомоторным ринитом (из них 10 с аллергической формой), 21 - с хроническим тонзиллитом, 14 - с хроническим синуситом и 9 - с хроническим ларингитом.

Больные с хроническими заболеваниями ЛОР органов были разделены на 2 группы: 1 - имевшие хроническую патологию ЛОР органов до момента участия в ликвидации аварии; 2 - имевшие хроническую патологию ЛОР органов в последующие годы после ликвидации аварии. Соответственно, распределение по нозологическим единицам имеет следующий характер: атрофический ринит - 5/48, атрофический фарингит - 6/18, вазомоторный ринит - 10/12, хронический тонзиллит - 9/12, хронический синусит - 4/14, хронический ларингит - 0/9.

Исследования проводились в двух направлениях: а) изучение клинического состояния ЛОР органов, оценка функциональных и патофизиологических реакций верхних дыхательных путей; б) изучение иммунного статуса. Отмечена статистически значимая корреляция функциональной активности моноцитов в интегральном тесте с нитросиним тетразолием у лиц, страдавших хронической патологией ЛОР органов до ликвидации аварии. В то же время, исследование клеточного иммунитета не выявило статистически значимых изменений Т- и В-лимфоцитов и фракций иммуноглобулинов. По-видимому, ни один из изучавшихся показателей клеточного иммунитета, служащих индикатором поражения иммунной системы в отдаленные сроки после воздействия радиационного фактора, не является специфичным для лучевых поражений.

Следовательно, воздействие малых доз ионизирующих излучений вызывает дефект в системе мононуклеарных фагоцитов, что обуславливает незавершенность иммунного ответа, углубление имевшейся патологии верхних дыхательных путей и хронизацию заболеваний у лиц, не имевших хронической патологии верхних дыхательных путей до лучевой нагрузки. Наличие патологии ЛОР органов при воздействии малых доз ионизирующей радиации усугубляет дефект системы мононуклеарных фагоцитов.

Такое представление о существе клинико-иммунологических изменений вследствие воздействия малых доз ионизирующих излучений на верхние дыхательные пути заставляет рассматривать эти изменения как нарушения неспецифического звена иммунного ответа.

Д.И.ЗАБОЛОТНЫЙ, О.Ф.МЕЛЬНИКОВ, Г.Э.ТИМЕН (Киев)

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Целью работы было определение значения некоторых иммунологических механизмов в обеспечении эффективности различных способов лечения больных аллергическими ринитами. Под наблюдением находилось 120 пациентов, из них 106 больных хроническим инфекционно - аллергическим ринитом, 20 человек составляли контрольную группу. Больным, разделенным примерно на равные группы, проводилось лечение с применением низких температур, электрокаустики и внутриносовой селективной видиотомии (Г.Э.Тимен и соавт., 1988).

Лабораторное обследование включало определение специфической сенсibilизации к бактериальным и небактериальным антигенам, сывороточных Ig G и Ig A в отделяемом

из носа, титров антител к антигенам стрептококка и стафилококка, а также морфо-гистохимическое и иммунофлюоресцентное изучение состояния слизистой оболочки носа.

Клинические наблюдения показали, что у большинства обследуемых имелись существенные дистрофические изменения в эпителиальных клетках слизистой оболочки носа, а также выявлено достоверное снижение Ig A в отделяемом из носа.

После лечения наиболее стойкий клинический эффект отмечен при использовании селективной нейротомии видиева нерва, после которой наблюдалась нормализация морфогистохимических структур слизистой оболочки, повышался (вплоть до нормальных значений) уровень Ig A в отделяемом из носа, а стойкое его увеличение может быть одним из иммунологических механизмов, обеспечивающих положительный клинический эффект.

Л.А.ГРЕБЕНЩИКОВА, Н.В.КРЫЛОВА (Санкт-Петербург)

НЕОБХОДИМОСТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ

Вопросы рецидивирования синуситов и перехода их в хроническую форму всегда были и остаются в центре внимания ринологов. Однако, иммунологический статус при хронических синуситах изучен недостаточно. Исследования, проводимые в течение последних 5-7 лет в С.-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи, вносят определенный вклад в решение этих вопросов. Комплексное клиник-лабораторное обследование 180 лиц работоспособного возраста (97 больных различными формами хронического риносинусита и 83 добровольных доноров, составивших контрольную группу) позволило обосновать ряд положений, имеющих как теоретическое, так и практическое значение.

Успех реабилитации больных хроническим риносинуситом определяется прежде всего исходным состоянием общей иммунологической реактивности (ОИР) конкретного пациента, которое, в свою очередь, зависит от тяжести патологического процесса. Обследование включало клиник-функциональные, микробиологические, биохимические и иммунологические исследования, характеризующие такие адаптационные механизмы, как состояние пропердиновой, лейкоцитарной и детоксикационной систем, а также соотношение сывороточных иммуноглобулинов основных классов А, G, М. У всех обследованных выявлены изменения ОИР. При этом максимальная мобилизация защитных сил наблюдалась у больных хроническим гнойным риносинуситом, а наименьшая - при атрофической форме заболевания. Это заключение является научным обоснованием необходимости применения иммунокоррекции в лечении хронических риносинуситов, причем иммунокорректирующее лечение следует проводить на ранних стадиях заболевания, не допуская глубокого нарушения ОИР, приводящего к хронизации процесса.

Использование дискретно-динамического анализа показателей при первичном обследовании больных послужило основанием для выявления наиболее существенных адаптационных механизмов, реализующих мобилизацию защитных сил человека. К таким механизмам следует в первую очередь отнести пропердиногенез, синтез IgG и продуцирование основной иммунокомпетентной клетки - лимфоцитов.

Для характеристики пропердиногенеза нами предложен пропердинмагнийный индекс (ПМИ), отражающий взаимоотношение двух важнейших компонентов пропердиновой системы: магния - метаболита, биологическую роль которого трудно переоценить, и белка

пропердина, которому отводится роль универсального показателя иммунного статуса организма. Основанием для введения ПМИ является высокая степень обратной корреляционной зависимости между этими показателями ($r = 0,8$).

Выявление при помощи дискретно-динамического анализа взаимосвязи между важнейшими параметрами ОИР (ПМИ, содержание IgG в сыворотке крови) и гематологическими показателями (абсолютное число лимфоцитов, морфологический показатель реактивности - МПР, являющийся интегральным лейкоцитарным индексом) служит теоретической предпосылкой использования последних для экспресс-оценки иммунологического состояния обследуемых. Это направление представляется перспективным и требует широкой и разносторонней клинической апробации.

При выборе способа иммунокоррекции следует учитывать степень нарушения ОИР и ее направленность. Так, у больных атрофическим и гнойно-полипозным риносинуситом, изменение ОИР которых имело признаки иммунодефицита (явления дисбактериоза при микробиологическом исследовании носового секрета, дефицит магния, резкое снижение уровня иммуноглобулинов всех классов, индекса Брадека и высокий уровень интоксикации), необходимо использовать более интенсивную, быстрореализуемую иммунокоррекцию. Наши исследования показали, что эффективность метода фотомодификации аутокрови при лечении больных данными формами риносинусита составила 61%. Можно повысить эффективность метода до 73%, используя разработанный нами способ рационального отбора больных для этого вида иммунокоррекции.

При хронических гнойных синуситах на фоне повышенной мобилизации защитных сил больного, как показал наш опыт, можно ограничиться иммунорегулятором растительного происхождения - чистотелом, обладающим пролонгированным действием. Полагаем, что широкое внедрение в клиническую практику ринологов результатов данного исследования будет способствовать значительному снижению рецидивирования хронических риносинуситов. Это подтверждается данными катамнестического наблюдения больных.

До лечения количество ежегодных обострений хронического риносинусита у подавляющего большинства больных составляло от 5 до 8. После проведенной иммунокорректирующей терапии у больных атрофическим, гнойно-полипозным и гнойным синуситом отмечались длительные ремиссии (1-2 года) в 25%, 35% и 50% наблюдений, и уменьшение ежегодных обострений до 1-2 у 20%, 45% и 30% пациентов соответственно.

Н.А.АРЕФЬЕВА (УФА)

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НОСОВЫХ ПОЛИПОВ

Общность патогенетических механизмов развития вазомоторного ринита и полипов носа не может считаться доказанной. Существуют различные мнения о причинах формирования полипов носа.

Проведено изучение иммунологических аспектов вазомоторного ринита и полипозного риносинусита. Состояние местного иммунитета оценивали по мукоцилиарному клиренсу, количеству секреторного иммуноглобулина А, риноцитологическим данным. Получены следующие результаты: мукоцилиарный клиренс у лиц контрольной группы обеспечивал перемещение в течение 2 минут 70% индикатора, нанесенного на передний конец нижней

раковины. У больных вазомоторным ринитом этот показатель составил 45%, а у больных с полипами носа - только 36%.

Результаты исследования секреторного иммуноглобулина А были следующими: у лиц контрольной группы они равнялись $0,86 \pm 0,1$ г/л, у больных вазомоторным ринитом $0,62 \pm 0,08$ г/л.

Риноцитологические исследования у лиц контрольной группы выявили единичные клетки эпителия, нейтрофилы и единичные лимфоциты. Эозинофилы не были обнаружены ни в одном из случаев. Функциональная активность нейтрофилов равнялась 54%, макрофагов - 4%. У больных вазомоторным ринитом в мазках увеличилось количество эпителиальных клеток с признаками деструкции, изменениями ядра и цитоплазмы. Нейтрофильные лейкоциты в состоянии деструкции встречались в мазках в большом количестве. Отчетливо снижалось количество фагоцитирующих клеток - 15%. Фагоцитарная активность макрофагов оказалась также сниженной - 3,3%. Эозинофилы встречались в небольшом количестве.

У больных с полипами носа в риноцитограммах обнаружены более грубые морфологические изменения клеточных элементов. Отмечена высокая активность их деструкции. Повышалась фагоцитарная активность нейтрофилов (45%) и макрофагов (6,4%). Эозинофильные лейкоциты располагались группами или скоплениями и имели выраженные признаки деструкции.

Сопоставление результатов исследований мукоцилиарного клиренса, гуморального и клеточного иммунитета свидетельствуют о нарастании мукоцилиарной недостаточности, об углублении дефицита секреторных антител, дисбалансе функциональной активности иммунокомпетентных клеток. У больных вазомоторным ринитом не было отмечено ожидаемой активности фагоцитов, в то время как у больных полипозным риносинуситом выявилась стойкая активизация первичных эффекторов - макрофагов, что может выступать в качестве пускового механизма затяжного воспаления. При этом признаки активности системы моноцитарных фагоцитов при вазомоторном рините должны играть защитную роль, а при полипозном риносинусите те же признаки способствуют формированию гиперпластических процессов в слизистой оболочке носа.

Таким образом, полученные результаты в известной мере могут свидетельствовать о единых иммунных механизмах формирования вазомоторного ринита и полипозного риносинусита и позволяют разрабатывать методы иммунной профилактики возникновения рецидивов полипов носа.

М.И.ГОВОРУН, А.А.ГОРОХОВ, В.Р.ГОФМАН (Санкт-Петербург)

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ

Воспалительные заболевания околоносовых пазух (ОНП) занимают ведущее место в структуре ЛОР-заболеваний. В развитии заболевания основную роль играют нарушения функции мукоцилиарной и ферментативной систем, факторов неспецифической защиты и иммунитета. Исследования, посвященные изучению В-системы иммунитета, немногочисленны, особенно у разных возрастных групп.

Нами исследованы показатели В-системы иммунитета при остром синусите у 22 больных в возрасте от 19 до 23 лет. Контроль осуществлялся у 20 здоровых лиц того же

возраста по аналогичным методикам. Исследовались В-лимфоциты, иммуноглобулины А, М, G, циркулирующие иммунные комплексы. Иммуноглобулины исследовали методом радиальной иммунодиффузии (Mancini et al; 1965). Количество В-лимфоцитов определяли методом розеткообразования с эритроцитами, обработанными антителами и комплементом (ЕАС-РОК). Количество В-лимфоцитов, имеющих поверхностные иммуноглобулины А, М, G, определяли с помощью специфических меченых иммуносывороток. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) в сыворотке крови определяли на спектрофотометре.

В результате исследования установлено, что у лиц с острым синуситом количество В-лимфоцитов существенно возрастает и составляет $14,941 \pm 0,225\%$ (в контроле - $11,233 \pm 1,001\%$). Количество IgM при остром синусите оказалось также повышенным $1,519 \pm 0,101$ г/л (в группе здоровых лиц - $1,101 \pm 0,007$ г/л).

Показатели количества IgG при остром воспалении ОНП - $8,233 \pm 0,343$ (в норме $7,516 \pm 0,394$). Еще более наглядной оказалась разница в количестве IgA. При остром синусите оно составило $1,951 \pm 0,105$ г/л, в контрольной группе - $1,328 \pm 0,105$ г/л.

Количественные показатели В-лимфоцитов, имеющих поверхностные иммуноглобулины М+, G+, А+ выглядят следующим образом: количество ВlfM-ь при остром синусите - $6,706 \pm 0,418$ и в норме - $6,389 \pm 0,525$, как видно, не имеет значительных статистических различий. Содержание ВIFG+ составило $3,412 \pm 0,258$ в основной и $4,150 \pm 0,274$ в контрольной группе. Количество ВlfA+, в отличие от двух предыдущих, при остром синусите оказалось сниженным - $2,089 \pm 0,150$ (в норме - $3,222 \pm 0,147$). Количество ЦИК при остром синусите - $84,536 \pm 1,799\%$, в контрольной группе - $79,827 \pm 2,317\%$.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что у лиц молодого возраста при остром синусите наблюдается отчетливая дисфункция В-системы иммунитета, что выражается в уменьшении IgM, G, ВIFG+, А+, в увеличении IgA, и ВlfM+ а также количества ЦИК. Наблюдаемые иммунологические сдвиги при воспалении ОНП следует рассматривать как защитно-приспособительные реакции организма. При лечении таких больных нужно проводить соответствующую коррекцию с применением иммуномодуляторов.

Г.В.ЛАВРЕНОВА, Н.П.ТРОФИМЕНКО, У.Я.КУЗЬМЕНКО, Д.У.КУЗЬМЕНКО
(Донецк)

ФИТО-ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОФАРИНГИТАХ У ШАХТЕРОВ-УГОЛЬЩИКОВ

Из-за сравнительной легкости проникновения инфекционных агентов, аллергенов и пылевых частиц верхние дыхательные пути часто оказываются участниками многих инфекционных, аллергических иммунологических процессов. В эффективной защите слизистой оболочки воздухоносных путей, особенно от микроорганизмов, важную роль играет местный иммунитет. Специфическим свойством носового секрета является содержание в нем секреторного иммуноглобулина А. Секреторный иммуноглобулин А обладает вируснейтрализующей способностью, агглютинирует бактерии, предупреждает фиксацию микроорганизмов в клетках эпителиальной выстилки слизистой оболочки. Кроме того, секреторный иммуноглобулин инактивирует бактериальные токсины и в присутствии лизоцима и комплемента лизирует некоторые виды бактерий. Промышленные соединения,

табачный дым и, наконец, сама инфекция оказывают повреждающее действие на клетки эпителия слизистой оболочки, снижают количество активно секретирующих иммуноглобулинов А плазматических клеток в дыхательных путях.

Целью нашей работы явилось определение уровня секреторного иммуноглобулина у шахтеров-угольщиков с хроническими катаральными ринофарингитами, часто и длительно болеющих острыми респираторными заболеваниями, и проведение иммуномоделирующей фитотерапии, эффективность которой оценена повторными иммунологическими исследованиями.

Для забора носового секрета мы использовали метод Б.П.Штеренгарц и Д.В.Стефани (1976). Ватным тампоном, смоченным 0,1 мл физиологического раствора, протирали обе половины носа. Затем тампон промывали 0,9 мл физиологического раствора и отжимали между двумя предметными стеклами. Полученный элюат без предварительного концентрирования использовали для исследования. У ряда больных имелось значительное количество отделяемого в носовых ходах, которое отсасывали и без разведения использовали для анализа. Носовой секрет перед исследованием центрифугировался в течение 10-15 мин при 1500-3000 об/мин, супернатант сливался в пробирки, замораживался при -25°C и хранился при этой температуре до момента исследования.

Концентрация иммуноглобулинов в секрете определялась методом простой радиальной иммунодиффузии. Поскольку концентрация иммуноглобулинов в секретах ниже, чем в сыворотке крови, антисыворотки использовались в концентрациях в 3 - 4 раза меньших, чем при определении сывороточных иммуноглобулинов. Количество секреторного иммуноглобулина А в носовой слизи у обследуемых составило 0,11 - 0,13 г/л, иммуноглобулин G определялся в количестве 0,19 - 0,21 г/л, иммуноглобулин М в носовом секрете определить не удалось.

Для лечения нами использованы ингаляции настоя трав, улучшающих регенераторные процессы в эпителии (10 - 12 процедур), глицерам по 0,2 3 раза в сутки или порошок корня солодки по 0,5 3 раза в сутки, свежесваренный чай из череды по стакану 3 раза в сутки, гипосенсибилизирующая диета. Курс лечения составил 14 - 18 дней.

Проведение исследования уровня иммуноглобулинов после курса лечения выявило определенную динамику в изучаемых показателях. Количество секреторного иммуноглобулина А в носовой слизи несколько возросло и составило соответственно 0,16 - 0,18 г/л, уровень иммуноглобулина С практически не изменился.

Положительная динамика полученных результатов коррелировала с улучшением клинико-функциональных показателей, таких как дыхательная функция, скорость мукоцилиарного транспорта, секреторная функция слизистой оболочки полости носа. Регрессировали и субъективные признаки заболевания. Таким образом, фитоиммунокоррекция улучшает показатели местного иммунитета, способствует снижению заболеваемости острыми респираторными заболеваниями и может быть использована в качестве лечебно-профилактического средства при хронических катаральных ринофарингитах.

Вазомоторный и аллергический ринит

Г.А.ГАДЖИМИРЗАЕВ (Махачкала)

НОВЫЕ СВЕДЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Исследования по проблеме вазомоторного ринита, проведенные нами за последние годы (Г.А.Гаджимирзаев, 1981, 1988, 1991, 1993), а также критический анализ литературного материала дали нам основание выделить четыре формы этого заболевания: атопическую, инфекционно-аллергическую, нейровегетативную и смешанную. Выявить аллергическую форму с использованием традиционных методов (кожные пробы, секреторная эозинофилия и клеточные аллергические реакции) не всегда представляется возможным. Для дифференциальной диагностики различных вариантов вазомоторного ринита необходимо комплексное иммунологическое и алергологическое обследование больного, в том числе определение титра сывороточного и секреторного иммуноглобулина Е. Подобное обследование различных возрастных групп показало, что пациенты с нейровегетативной формой составляют 3 - 5% от общего числа больных вазомоторным ринитом.

Большинство отечественных оториноларингологов придерживается мнения, согласно которому причиной развития вазомоторного ринита является дисфункция вегетативного отдела нервной системы. Зарубежные исследователи считают, что в основе этого заболевания лежат иммунологические изменения в слизистой оболочке носа. Независимо от первопричины и особенностей патогенеза различных форм вазомоторного ринита существует общий для всех его вариантов механизм, лежащий в основе развития болезни - гиперреактивность нейровегетативной и сосудистой систем полости носа. Под гиперреактивностью нейрососудистой системы мы понимаем способность слизистой оболочки носа отвечать на воздействие различных специфических и неспецифических раздражителей отчетно-секреторной реакцией такой выраженности, которая не встречается у здоровых людей. К гиперреактивности слизистой оболочки полости носа приводят многие причины, и в первую очередь, аллергическое воспаление, эндокринно-вегетативные нарушения, систематическое пользование сосудосуживающими каплями.

Научные разработки современных исследователей направлены на выяснение вопроса о том, какие интимные патофизиологические процессы способствуют гиперреактивности нейрососудистого аппарата слизистой оболочки носа. В частности, показано, что в патогенезе патологической реакции в шоковом органе существенную роль играют адренергические структуры. Установлено наличие альфа- и бета-адренергических и мускариновых холинергических рецепторов в слизистой оболочке носа больных с носовой аллергией. При этом отмечено увеличение количества холинергических и уменьшение адренергических рецепторов у больных аллергическим ринитом. В результате реакции антиген-антитело в слизистой оболочке носа наряду с биогенными аминами происходит освобождение нейропептидов, простагландинов и лейкотриенов. Все они являются вазоактивными медиаторами и вызывают отек и гиперсекрецию слизистой оболочки носа. Нарушения в холинергической, адренергической и медиаторной системах могут быть следствием аллергической реакции в полости носа, однако, еще предстоит выяснить вопрос

о том, могут ли эти системы включаться в процесс патогенеза вазомоторного ринита через другие, не имеющие отношения к аллергическим механизмам.

В литературе имеются многочисленные сообщения о важной роли очагов хронической инфекции ЛОР - органов в генезе вазомоторного ринита. Углубленные исследования, в том числе экспериментальные (Г.А.Гаджимирзаев, 1980, 1989), не дают оснований полностью подтвердить эту точку зрения. Согласно современным взглядам, очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей не являются основной причиной вазомоторного ринита. Чаще они способствуют повреждению слизистой оболочки дыхательного тракта и создают условия для внедрения ингаляционных аллергенов, накопления и фиксации антител в клетках респираторного тракта. По нашим наблюдениям у 85% больных с очагами хронической инфекции верхних дыхательных путей и вазомоторным ринитом диагностируется неинфекционная (атоническая) аллергия.

В.А.КАШИРИН, Х.А.МЕРХИ (Запорожье)

К ВОПРОСУ ОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВАЗОМОТОРНОМ РИНИТЕ

Полиэтиологичность вазомоторного ринита обуславливает необходимость учитывать как дисбаланс в вегетативной иннервации, так и развитие аллергической реакции в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух. Для достижения указанной цели нами использовалась методика симпатической денервации слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (Krajina, 1961, 1972; Whicker, 1973) с последующим моделированием аллергической реакции замедленного типа (Д.И.Заболотный, 1977; Whitehead, 1974).

Эксперимент был проведен на 20 кроликах и первым его этапом явилась операция, направленная на удаление верхних шейных симпатических узлов с разрушением plexus caroticus internus. На 10 сутки после хирургического вмешательства риноскопическая картина характеризовалась отеком и синюшностью слизистой оболочки. По сравнению с дооперационным периодом увеличивались сопротивление воздушной струе, проходящей через носовые ходы, количество секрета в выводных протоках желез. Слизистая оболочка была разрыхленной, в ней резко уменьшалось количество фибробластов в результате отека и уменьшения их расположения на единицу площади. На ряде участков цилиндрический эпителий увеличивал свою многоядность, превращаясь в переходноклеточный.

Второй этап эксперимента - моделирование аллергической реакции. Для этого использовалось низкомолекулярное химическое соединение 2-4-динитрохлорбензол (ДНХБ) - классический индуктор реакции гиперчувствительности замедленного типа. Сенсibilизацию проводили путем закапывания в носовые ходы кроликов 0,2 мл 0,2% ДНХБ. Разрешающая доза ДНХБ вводилась на 21 сутки от начала сенсibilизации, но периодическое воздействие раствора ДНХБ (1x10 дней) продолжали еще 3 месяца.

Риноскопическая картина характеризовалась прогрессированием вышеописанных симптомов, но при стабилизации и даже уменьшении ринореи на первый план выступали явления отека вплоть до полипозного изменения слизистой оболочки. Было четко установлено увеличение количества эозинофилов в крови и носовом секрете. Морфологические исследования наряду с расширением сосудов, отеком, повышенной секреторной активностью желез, выявили инфильтрацию слизистой оболочки лимфоцитами, плазма-

тическими клетками, эозинофилами, гистиоцитами. Последующие исследования определили нарастание отека с ослизнением и появлением звездчатых клеток. Участки полипозно-измененной слизистой оболочки микроскопически представляли собой отечную, с признаками некробиоза ткань, в которой островками по ходу кровеносных сосудов отмечались скопления пикнотических ядер фибробластов, в том числе и фрагментированных.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что в слизистой оболочке носовой полости подопытных животных выявлены изменения, которые обнаруживаются и в слизистой оболочке носа у больных вазомоторным риносинуситом. Проведенные исследования подтвердили ведущее значение дисбаланса вегетативной иннервации и аллергии в развитии указанной патологии. Полученная в ходе эксперимента модель "вазомоторной ринопатии" может служить базой для изучения возможностей лечения этой патологии с помощью терапевтических и хирургических методов.

С.Б.ЛОПАТИН (Иваново)

ИНФРАКРАСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Низкоэнергетическое лазерное излучение (НЭЛИ) нашло широкое применение в оториноларингологической практике (Б.В.Еланцев, 1972; Г.Э.Тимен, 1975; М.П.Николаев, 1981; И.Б.Солдатов, 1985 и др.). Ряд авторов предлагали сочетать применение НЭЛИ с другими видами воздействия: оксигенлазеротерапией (В.Д.Драгомирецкий и соавт., 1987; В.Ф.Филатов и соавт., 1990), аэрозольвакуумной и лазерной терапией (Г.Б.Псахис, 1990), крио-лазеротерапией (Ю.В.Митин, О.Д.Михайловский, 1991), магнитоллазеротерапией (А.Ф.Мамедов, 1991). М.С.Плужников (1991) полагает, что лишь на фоне комплексного лечения можно получить хороший результат.

Для лечения вазомоторного ринита мы применяли полупроводниковый лазерный аппарат "Элат", созданный НТФ "Медиум" и приборным заводом "Сигнал", с длиной волны 0,89 мкм и локальным эндоназальным проведением излучения (частота следования импульсов 1500 гц, экспозиция 120 сек).

Под нашим наблюдением находились 79 больных вазомоторным ринитом, 23 из которых была произведена ультразвуковая дезинтеграция, а 32 - криодеструкция нижних носовых раковин по методике В.Д.Драгомирецкого и В.О.Дюмина (1990) автономным аппаратом типа КАО-02, 24 пациента получали только лазеротерапию. До лазеротерапии все больные длительно и безуспешно лечились различными методами (сосудосуживающие средства, УВЧ, эндоназальный электрофорез с хлористым кальцием, димедролом, аминокaproновой кислотой, новокаиновые блокады, прижигание нитратом серебра и гальванокаутером, антигистаминная и гормональная терапия, операции на перегородке носа, нижняя конхотомия).

Больные жаловались на затруднение носового дыхания, гипосмию, приступы чихания, выделения из носа. При риносинусите у всех отмечена набухлость и отечность слизистой оболочки полости носа, цвет ее у большинства пациентов был синюшным, у части из них - белесоватым.

Ежедневно в течение 7 дней лазерное воздействие производилось фокусированным пучком на область заднего конца средней носовой раковины. Обычно через 2 - 3 сеанса у пациентов третьей группы улучшалось носовое дыхание, уменьшались набухлость слизистой оболочки и выделения из носа, улучшалось обоняние. В двух первых группах лазерное облучение способствовало более гладкому течению послеоперационного периода: ликвидации болевого синдрома, отторжению фибринозного налета, уменьшению выделений из носа. К 5 - 7 дню носовые раковины приобретали обычную форму, слизистая оболочка выглядела розовой и влажной, носовые ходы - достаточно широкими. Результаты отдаленных наблюдений в первой и второй группах подтвердили наличие стойкой ремиссии: рецидивы заболевания отмечены в 5 раз реже, чем в третьей группе. Эффективность методов физического воздействия на слизистую оболочку нижних носовых раковин при вазомоторном рините позволяет рекомендовать их для широкого применения в практической ринологии.

Ю.А.ЛОЦМАНОВ, В.В.ШКАБРОВ (Саратов)

МЕТОД КЛИРЕНСА ВОДОРОДА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИТОТЕРАПИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

В основе патогенеза вазомоторного ринита лежат нарушения кровотока в носовых раковинах. С целью оценки эффективности магнитотерапии вазомоторного ринита наряду с общепринятыми клиническими и функциональными методами исследования носа (ринопневмометрия, термометрия, ринореография) проводилось исследование локального кровотока в полости носа методом клиренса водорода.

Под наблюдением находилось 56 больных вазомоторным ринитом в возрасте от 16 до 65 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 8 лет. Среди больных вазомоторным ринитом аллергическая форма диагностирована у 38, нейровегетативная - у 18. Для количественной оценки локального кровотока слизистой оболочки носа до и после магнитотерапии применялся клиренс водорода. Лечение проводилось при помощи портативного аппарата "Магнитер" переменным магнитным полем низкой частоты (50 Гц) с величиной магнитной индукции 25 мТл. Сеанс состоял из 10 ежедневных процедур.

Положительный эффект достигнут у 40 пациентов (72%). У остальных 16 больных улучшение было незначительным или совсем не было отмечено заметных изменений в течении заболевания. Положительный результат выражался в значительном улучшении носового дыхания, уменьшении выделений из носа.

Проведено сопоставление клинических данных с результатами функциональных методов исследования. Так, локальный кровоток в нижних носовых раковинах, определяемый методом клиренса водорода, до магнитотерапии составил $88 \pm 12,3$ мл/100г/мин. После проведенного курса магнитотерапии носовой кровоток повысился до $114 \pm 13,6$ мл/100г/мин (норма - 116 ± 14 мл/100г/мин, $p > 0,05$), что свидетельствует о заметном положительном влиянии ПемП на кровоток в носовых раковинах.

Таким образом, метод магнитотерапии ПемП может быть рекомендован в качестве одного из физических методов лечения вазомоторного ринита, а метод клиренса водорода - как новый метод исследования локального кровотока в полости носа при оценке эффективности лечения.

П.А.ТИМОШЕНКО, Т.В.ФОМИНА, А.П.ТИМОШЕНКО (Минск)

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА УЛЬТРАФОНОПУНКТУРОЙ ОЛЕНИНА

Рефлексотерапия получила широкое признание и успешно применяется в оториноларингологии, особенно при заболеваниях, в патогенезе которых ведущее значение имеет дисфункция нейругоморальной системы. В таких случаях рефлексотерапия относится к патогенетически обоснованным методам лечения. Причинами возникновения аллергического ринита может быть инфекционная и неинфекционная сенсибилизация организма, когда изменяется функциональное состояние центральной и вегетативной нервной систем. Акупунктурные точки являются своеобразными воспринимающими образованиями, через которые можно осуществлять воздействие на организм вообще и на патологический очаг в частности. Учитывая пьезоэлектрические свойства точек акупунктуры, иммунокорригирующее влияние спленина, а также способность ультразвука оказывать нормализующее действие на тонус сосудов, мы применили ультрафонопунктуру 1 % сплениновой мази при лечении аллергического ринита.

Проведено лечение 43 больных аллергическим ринитом (из них женщин - 27, мужчин - 16) в возрасте от 18 до 50 лет. Использовались серийно выпускаемые аппараты для ультразвуковой терапии (ЛОР-1, УЗТ-1). Режим озвучивания непрерывный, интенсивность 0,05-0,2 Вт/см², экспозиция от 30 секунд до одной минуты на точку акупунктуры. Общее время воздействия ультразвуком на больного не превышало 12 минут. Использовались локальные точки - GJ19, VB29, ин-тан, E2, V4; отдаленные точки, обладающие противоаллергическим эффектом - VB20, VG16, E40, VB31, V12. Курс лечения составлял 10-12 процедур ежедневно. Улучшение состояния больных отмечалось уже во время проведения сеанса, а после 5-6 процедур клинические проявления аллергического ринита исчезали (прекращалась ринорея, восстанавливалось носовое дыхание, слизистая оболочка приобретала бледно-розовый цвет, прекращалось пароксизмальное чихание и др.). Для закрепления достигнутого положительного результата целесообразно через 1,5-2 месяца проводить противорецидивное лечение с использованием точек, обладающих противоаллергическим эффектом, и точек общего действия.

Стойкая ремиссия достигнута у 38 пациентов, у 5 отмечен рецидив заболевания. Эти больные страдали инфекционно-аллергической бронхиальной астмой и полипозным этмоидитом. Им было проведено хирургическое лечение. Полученные положительные результаты лечения аллергических ринитов методом ультрафонопунктуры спленина позволяют рекомендовать этот метод для практического использования.

Л.Н.ГУСЕВА (Казань)

ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ У БОЛЬНЫХ С БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Из 240 обследованных больных, имевших контакт с профессиональной вредностью и проживавших в экологически неблагоприятном районе города, у 84 был выявлен вазомоторный ринит, который сочетался с астматическим бронхитом (22), бронхиальной астмой (10), полипозным этмоидитом (19). После проведенного общеклинического и специального обследования больным выполнялось криохирургическое воздействие на слизистую оболочку решетчатого лабиринта и носовых раковин, которое в послеоперационном периоде дополнялось лазеротерапией на фоне специфического и неспецифического десенсибилизирующего лечения. Положительный эффект от лечения был получен у 62% больных при сроке наблюдения 6-12 месяцев.

А.В.ЛУПЫРЬ (Харьков)

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА МЕТОДОМ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ

Недостаточная эффективность медикаментозных и хирургических видов лечения заставляет врачей отдавать предпочтение немедикаментозным методам. Одним из них является лазеропунктура.

В ЛОР отделении ХОКБ методом лазеропунктуры проведено лечение 30 больным с нейровегетативной формой вазомоторного ринита. Возраст пациентов варьировал от 17 до 55 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 20 лет. Мужчин было 14, женщин - 16. Диагноз ставился на основании клинических данных, риноскопической картины, а также специальных методов исследования: цитологического изучения мазков, определения функции носового дыхания и обоняния, тактильной чувствительности, двигательной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки носа. Контролем служила группа из 30 человек, получавших медикаментозное лечение.

Для лечения использовалась лазерная установка ЛГ-75. Лазеропунктура проводилась по разработанной нами методике. Для этого создана оригинальная установка, позволяющая одновременно воздействовать на несколько биологически активных точек, ответственных за функциональное состояние слизистой оболочки носа: аурикулярные, фациальные и точки верхних конечностей. Воздействие производилось в течение 120 сек. при мощности дозы 0,5 мВт/см на точку, на курс лечения 10 сеансов. Критерием оценки эффективности была динамика клинической картины, а также уровень оксидантных процессов в организме, который тесно связан с состоянием носового дыхания.

Нами установлено, что у больных с хроническим вазомоторным ринитом имеет место увеличение содержания Н-групп, глутамина в крови. Определение ферментов - антиоксидантов в сыворотке крови выявило повышение уровня каталазы, лактатдегидрогеназы. Изучение состояния оксидантной системы свидетельствовало о стимуляции свободнора-

дикального пути окисления липидов, которое привело к увеличению интенсивности биофлуоресценции сыворотки крови и мочи, а также к накоплению в организме диеновых конъюгатов и малонового диальдегида. Это связано с нарушением носового дыхания, оказывающего неблагоприятное влияние на гомеостатические процессы.

Анализ данных состояния окислительной и антиоксидантной систем у больных после проведенного лечения, показал, что хороший клинический эффект сопровождался изменением этих показателей в сторону нормализации, тогда как у лиц с неудовлетворительными результатами лечения эти показатели оставались высокими.

После проведенного лечения положительный эффект отмечался у 22 (74%) больных, из них у 16 (53%) наступила ремиссия, пароксизмальные и парасимпатические реакции регрессировали. У 6 (21%) имелся удовлетворительный результат в виде уменьшения вазомоторных реакций и восстановления носового дыхания при сохранении отдельных проявлений триады. У 8 (26%) на несколько часов уменьшились заложенность носа и секреция, но ночью затруднение носового дыхания возобновлялось, что было обусловлено более глубокими изменениями реактивности организма, требующими видимо, дополнительной коррекции окислительных процессов.

А.И.МУМИНОВ, Б.С.САГДАЛИЕВ, М.Х.ХАСАНОВ, В.Р.ПУЛАТОВ (Бухара)

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Лечение вазомоторно-аллергических ринитов (постоянных и сезонных форм) продолжает оставаться одной из актуальных проблем оториноларингологии. В настоящее время предложено достаточно много методов лечения, включающих в себя медикаментозную, склерозирующую и гидротерапию, криовоздействие, ультразвуковую дезинтеграцию и др. Однако, большинство из предложенных методов лечения оказывает недолговременный эффект, и после их применения возникают рецидивы, требующие повторного длительного лечения. Нами предложен новый эффективный метод лечения постоянных и сезонных форм вазомоторного ринита, который с успехом применяется в стационарных и амбулаторных условиях.

Лечение заключается в облучении полости носа низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером с последующим субмукозным введением в передние концы нижних носовых раковин лекарственного состава, включающего 10% раствор хлорида кальция, 2% раствор новокаина и кортикостероиды, по разработанной нами схеме.

Лечение проводилось ежедневно попеременно в каждой половине носа. Длительность курса 10-12 дней. Для сравнительной оценки эффективности комплексной терапии больные условно были разделены на 4 группы. В первую группу входили больные (25 человек), получавшие общепринятое лечение, во вторую (25 человек) - лечившиеся субмукозным введением указанных препаратов. Больные третьей группы (16 человек) получали только облучение полости носа низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером. В четвертую группу входили больные, получавшие комплексное лечение (31 человек).

Лучшие отдаленные результаты (92%) были отмечены в группе, где проводилось комплексное лечение с применением низкоэнергетического гелий-неонового лазерного излучения и внутрираковинного введения предложенного нами коктейля.

В.Н.ФИЛИМОНОВ, С.В.ФИЛИМОНОВ (Санкт-Петербург)

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

С 1987 по 1994 гг. под нашим наблюдением находились 174 больных, страдающих вазомоторным и гипертрофическим ринитом, причем у 96 из них эта патология сочеталась с искривлением перегородки носа. Всем больным выполнена внутрираковинная дезинтеграция нижних носовых раковин, а 96 из них - одновременно и септум-операция по В.И.Воячеку. Возраст больных варьировал от 18 до 46 лет, лиц мужского пола было 111, женского - 63. Всем больным проведено исследование носового дыхания, обоняния по В.И.Воячеку (качественный метод).

Для аппликационного обезболивания использовали 2% раствор в количестве 1 -1,5 мл. Инфильтрационная анестезия выполнялась путем введения в нижние носовые раковины с обеих сторон 1 % раствора лидокаина или тримекаина в количестве 2-3 мл. При наличии искривления перегородки носа под надхрящницу дополнительно вводилось от 10 до 15 мл 1% раствора новокаина. После разреза слизистой оболочки по переднему концу нижней носовой раковины поступательными движениями узким долотом подслизисто производилась частичная дезинтеграция раковин с последующей их латеропозицией носовым зеркалом с длиной губок 38-42 мм. При наличии костных "шипов" или "гребней" на перегородке носа, прилегающих к нижней носовой раковине выполнялась кристотомия, а при деформации перегородки - септум-операция по В.И.Воячеку (циркулярная резекция, редрессация и т. д.). Во всех случаях операция заканчивалась передней петлевой тампонадой носа на 2 суток.

Несмотря на дискуссионность вопроса об одновременном или раздельном выполнении операции на перегородке носа и носовых раковинах при сочетанной патологии, мы предпочли точку зрения С.З.Пискунова, Г.З.Пискунова (1991), которые считают целесообразным одномоментное выполнение этих операций. Это было обусловлено тем, что всем нашим больным выполнялась передняя петлевая тампонада носа. После нее больные испытывали чувство психоэмоционального напряжения, в течение 2 суток отсутствовало носовое дыхание, беспокоило ощущение распирания в полости носа, головная боль, нередко - субфебрильная температура. Поэтому они предпочитали воздерживаться от повторных хирургических вмешательств.

Наблюдения за этими больными в течение 3-5 лет показали, что только 9 из 174 больных (5,1%) дополнительно потребовалось вмешательство на нижних носовых раковинах из-за затруднения носового дыхания и снижения обоняния (резекция задних концов, электрокаустика). Таким образом, при безуспешности консервативного лечения вазомоторного и гипертрофического ринита как один из методов можно использовать внутрираковинную дезинтеграцию нижних носовых раковин.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Течение вазомоторного ринита зависит от состояния вегетативной нервной системы. Клиническое и экспериментальное исследования свидетельствуют о том, что развитие вазомоторного ринита в первую очередь связано с повышенной активностью парасимпатической нервной системы. Это оправдывает интерес к изучению причин нарушения механизмов иннервации у больных с указанной патологией и поиск методов их медикаментозной и хирургической коррекции. С целью целенаправленного воздействия на патогенетические механизмы патологического процесса, вызванного дисфункцией в иннервации слизистой оболочки носа, мы применили метод латеропозиции нижних носовых раковин с последующим локальным замораживанием (В.А.Скоробогатый и соавт., 1991).

Под наблюдением находились 68 больных в возрасте от 17 до 53 лет. Мужчин было 33, женщин - 35. У 51 пациента диагностирована нейровегетативная форма вазомоторного ринита, у 14 - аллергическая, у 3 - смешанная. Длительность заболевания составила от 7 месяцев до 11 лет. Диагноз ставили на основании жалоб, объективных данных и результатов лабораторных исследований (РН носовой слизи, активность транспортной и всасывательной функции носа, определение эозинофилов в носовом секрете и крови, ольфактометрия и ринопневмометрия).

Всем больным произведена латеропозиция нижних носовых раковин с последующим (через 2-3 дня) криовоздействием по следующей методике. Местную анестезию производили путем введения в нижний и средний носовые ходы тампонов с 1 % раствором дикаина с добавлением адреналина, а также инъекциями в место прикрепления переднего конца нижней носовой раковины и непосредственно в ее ткани 0,5% раствора новокаина. Затем скальпелем выполняли разрез длиной 1 см у места прикрепления переднего конца нижней носовой раковины. Распатором отсепаарывали мягкие ткани на всем протяжении раковины и отсекали ножницами костную основу у места прикрепления. Отсеченную раковину зеркалом Киллиана смещали кнаружи. В общий носовой ход на 1-2 суток вводили тампон, пропитанный мазью декариса, чтобы прижать раковину к латеральной стенке полости носа. Через 2-3 дня производили криовоздействие аппаратом КАО-02 по общепринятой методике. В послеоперационном периоде в течение 4-5 дней в полость носа вводили мазь декариса.

После отслойки слизистой оболочки нарушаются анатомо-физиологические взаимоотношения в подэпителиальной сосудистой сети, разрушаются вегетативные сплетения, осуществляющие сосудистую и секреторную иннервацию. Происходит разрыв патологической рефлекторной цепи, что приводит к нормализации трофики сосудистых стенок полости носа, рубцевание и уменьшение их объема расширяет носовые ходы и приводит к улучшению носового дыхания.

Непосредственные результаты лечения изучали через 1-2 месяца, отдаленные - через 1-2 года. В отдаленные сроки значительное улучшение отмечено у 43 больных (64%), улучшение - у 15 (22%), без эффекта - у 10 (14%). У подавляющего большинства больных наступает быстрая нормализация и восстановление функций носа. Следует отметить, что лучший эффект был получен у больных нейровегетативной формой ринита.

Считаем, что данный способ является щадящим, технически несложным хирургическим вмешательством и достаточно эффективен у больных вегетативной формой

вазомоторного ринита (86% хороших непосредственных результатов). Он позволяет восстановить носовое дыхание и избавить больного от приступов чихания и ринореи.

В.Ф.ФИЛАТОВ, А.О.ЖУРАВЛЕВ (Харьков)

К МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ ПРИ ИХ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ.

Возникновение, рост и рецидивирование полипов в околоносовых пазухах остаются нерешенной проблемой ринологии. Для проведения эффективной терапии важным является изучение патогенеза этого процесса, в частности, функциональных состояний слизистой оболочки, условий вентиляции синусов и проницаемости ее гисто-гематических барьеров (ГГБ). Наиболее удобной моделью для этого является верхнечелюстная пазуха. Нами изучено содержание биологических компонентов в тканях слизистой оболочки носа и полипах при различных формах гайморозтмоидита, а также состояние проницаемости ГГБ для мелкодисперсных и крупномолекулярных соединений (P , Au , RHSA).

Установлено, что в слизистой оболочке носа с склонностью к полипообразованию и особенно в полипах имеют место явления дезорганизации тканевых гликозаминогликанов и увеличение плазменных гликопротеидов. После оперативного вмешательства это состояние усугубляется. Одновременно наблюдается снижение способности слизистой оболочки резервировать белок и другие крупномолекулярные вещества, особенно у лиц с продуктивным воспалением верхнечелюстной пазухи, в то время как всасывание кристаллоидов повышается.

Нами отмечены также различия в нарушении проницаемости у лиц с аллергическим компонентом заболевания и банальным воспалительным процессом. В последнем случае имеет место повышение проницаемости из ткани в кровь как для коллоидов, так и для кристаллоидов. Таким образом, в ходе развития локальных расстройств в тканях от менее выраженных (вазодилататорные нарушения, отек слизистой оболочки, пристеночное утолщение и пролабирование ее в виде мелких отечных полипов) до глубоких (формирование и рост слизистых полипов) проницаемость капилляров в направлении ткань - кровь для крупных молекул претерпевает изменения в виде выхода белков из крови в ткань.

Изучение указанных механизмов в ходе лечения больных физическими факторами (лазероксигенотерапия, криоорошение, УФОК, плазмаферез) показало, что хороший лечебный эффект связан с коррекцией обмена и проницаемости сосудисто-тканевых барьеров.

Т.В.ШЕЛУДЧЕНКО (Тамбов)

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНЫХ КОМПОЗИЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Лечение аллергических ринитов остается одной из актуальных проблем в оториноларингологии. Физиотерапевтические методы стали неотъемлемой частью их терапии. В генезе хронических ринитов важная роль отводится вегетативной дисфункции, проявляющейся вазомоторной дистонией, нарушением кровообращения и проницаемости слизистой оболочки, аллергическому фактору.

Предлагаемый нами метод лечения ринитов предполагает сочетание воздействия на нервно-мышечный аппарат носа переменным магнитным полем и медикаментозной десенсибилизации. Для достижения этой цели нами использована ранее в оториноларингологии не применявшаяся композиция из димедрола, вазелина и восстановленного железа в сочетании с переменным магнитным полем невысокого напряжения. Состав композиции был определен экспериментально и позволял иметь достаточные магнитные характеристики ферромагнетика при минимальном его долевом содержании. Магнитная мазь, в отличие от магнитной жидкости, лучше удерживается на слизистых оболочках, обладает наведенным после процедуры магнитным полем, тем самым пролонгируя магнитное и медикаментозное воздействия.

Под наблюдением находились 30 больных с нейровегетативной и аллергической формами ринита и гипертрофическим ринитом. Всем проводилось лечение по выработанной методике: на слизистую оболочку носа с обеих сторон наносилась магнитная мазь с димедролом, одновременно с наружной стороны крыльев носа контактно воздействовали переменным магнитным полем вихревого типа силой 0,15 - 0,25 мкТл длительностью 10 минут с каждой стороны. Количество процедур - 10. Для оценки результатов лечения использовали ринопневмометрию по оригинальной методике. Эффект от процедуры наступал сразу: визуально нижние носовые раковины уменьшались в размерах, больные отказывались от применения сосудосуживающих капель, уменьшалась гиперсекреция.

В последующем стойкое восстановление носового дыхания в течение 3-х месяцев отмечено у 50% больных, улучшение - у 20%, незначительное улучшение - у 10% больных. При осмотре после лечения этой группы больных отмечено уменьшение нижних носовых раковин, стихание воспалительной реакции в полости носа, однако полного восстановления носового дыхания добиться не удалось. Больным произведено хирургическое вмешательство: ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин или щадящая конхотомия.

В контрольной группе (15 человек) находились больные с теми же заболеваниями, но лечение им проводилось магнитотерапией без введения в полость носа магнитокомпозиций или, наоборот, введением в полость носа магнитной мази с димедролом без магнитотерапии. У больных отмечено некоторое улучшение носового дыхания, однако выраженного клинического эффекта достигнуто не было, что свидетельствует о синергическом действии указанных факторов.

Консервативное лечение синуситов

Н.А.ДАЙХЕС, Х.Ш.ДАВУДОВ (Москва)

КВАНТОВАЯ ГЕМОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Одним из перспективных направлений современной ринологии является использование квантового излучения как путем местного воздействия на ткани, так и облучением крови, лимфы. В нашей клинике накоплен 10-летний опыт применения лазерного и ультрафиолетового облучения крови при воспалительных заболеваниях и новообразованиях околоносовых пазух. При воспалительных процессах применяется внутривенное гелий-неоновое лазерное облучение или ультрафиолетовое облучение цельной крови на аппарате "Изолда" по разработанным унифицированным методикам. Это позволяет на фоне традиционного и консервативного лечения значительно улучшить клинические результаты: снизить активность местного воспалительного процесса, уменьшить частоту послеоперационных осложнений.

Результаты использования квантовой терапии сопоставлены с результатами лечения 50 больных (контрольная группа). При иммунологическом обследовании отмечен стимулирующий эффект УФО аутокрови на клеточный иммунитет и нейтрофильную популяцию. Так, уже на 1-е сутки отмечается выраженный прирост Е-РОЛ и СД5+ - лимфоцитов до $79,5 \pm 4,9\%$ и $63,0 \pm 1,2\%$ соответственно. При этом возрастает численность обеих субпопуляций иммунокомпетентных клеток (Т-хелперов и Т-супрессоров). Лазерное облучение оказывает разнонаправленное воздействие на показатели клеточного иммунитета у больных воспалительными заболеваниями околоносовых пазух. Вместе с тем оно повышает уровень сывороточных иммуноглобулинов, а в сочетании с УФО-аутокрови активизирует сывороточный комплемент и его С3-компонент, увеличивает показатели розеткообразующей способности нейтрофилов до $38,4 \pm 2,0\%$ и фагоцитарного индекса до $65,3 \pm 3,3\%$.

При сочетанном использовании методов квантовой гемотерапии у пациентов отмечалось снижение повышенных показателей циркулирующих иммунных комплексов, что свидетельствует об усилении функции не только периферических фагоцитирующих клеток, но и фиксированных элементов системы мононуклеарных фагоцитов. Это положение подтверждается положительной динамикой острофазных белков крови и фибриногена, выявленной при иммунохимических исследованиях. Таким образом, использование квантовой гемотерапии у больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух позволяет добиться достаточного детоксикационного и иммунокорректирующего эффекта.

При комбинированном лечении больных злокачественными новообразованиями околоносовых пазух и полости носа мы расширяем объем использования квантовой гемотерапии, методов адаптивной лазерной и ультрафиолетовой иммунотерапии, разработанных в нашей клинике. Они позволяют непосредственно воздействовать на иммунокомпетентные клетки и корректировать иммунный статус у таких больных.

Л.И.ПОНОМАРЕВА (Тверь)

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА "УЗОР" В ПРОТИВОРЕЦИДИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Полипозный риносинусит - полиэтиологическое заболевание, встречающееся у лиц, предрасположенных к специфической тканевой реакции. В настоящее время считается доказанным, что полипозный риносинусит является проявлением иммунного воспаления, для которого характерны гипои иммуноглобулинемия, снижение местного иммунитета слизистой оболочки полости носа и стафилококковая инфекция (Т.Н.Леонтьева, 1988; Г.М.Портенко, 1989). Многие авторы подчеркивают необходимость сочетания радикального хирургического вмешательства на околоносовых пазухах с консервативной терапией, включающей в себя местное противовоспалительное воздействие, десенсибилизирующее, антиаллергическое воздействие, а также стимуляцию неспецифической иммунологической реактивности организма (И.А.Курилин и соавт., 1983).

Одним из перспективных направлений в противорецидивном лечении полипозного риносинусита является использование низкоэнергетических лазеров. Экспериментальные исследования показали, что низкоэнергетическое лазерное излучение оказывает противовоспалительное, сосудорасширяющее, обезболивает действие, улучшает обменные процессы, ускоряет регенерацию тканей, снижает сенсibilизацию тканей, стимулирует местный иммунитет (П.П.Чекурев и соавт., 1972; Е.П.Ченских, З.И.Ни, 1974).

Целью исследования было изучение локального воздействия низкоэнергетического лазерного излучения на течение иммунного воспаления в слизистой оболочке околоносовых пазух. Для лечения применяли физиотерапевтическую лазерную установку "Узор". Обследовано 30 больных в возрасте от 33 до 61 года, страдающих полипозным риносинуситом с продолжительностью заболевания от 5 до 20 лет. Лазеротерапия проводилась с первого дня после полипотомии или вмешательства на околоносовых пазухах. У всех больных уже после 3 - 4 сеанса отмечалось улучшение носового дыхания, уменьшение ринореи. У всех больных отмечено сокращение нижних и средних носовых раковин за счет уменьшения отека слизистой оболочки. До применения лазерного излучения в полипах определялись воспалительные инфильтраты, представленные лимфоидными и плазматическими клетками, отмечалось расширение кровеносных сосудов, переполнение их кровью, гиперсекреция желез. После лечения отмечалось уменьшение отека тканей и количества эозинофилов.

Анализ уровня иммуноглобулина А в носовом секрете показал, что если до применения лазерного излучения он был достоверно повышенным ($0,42 \pm 0,02$ мг/мл) в сравнении с контрольной группой ($0,36 \pm 0,02$ мг/мл), то через 10 дней этот показатель составил $0,39 \pm 0,02$ мг/мл. Следовательно, лазерное излучение нормализует микроциркуляцию, влияет на кинетику клеточных реакций, существенным образом изменяет течение местных процессов в слизистой оболочке полости носа. Низкоэнергетическое лазерное излучение является эффективным методом противорецидивного лечения полипозного риносинусита.

А.В.СТАРОХА, Н.Ф.БАБИЧ, В.В.КОВРИЖНЫХ, А.Г.ДОЛГУН, М.В.ШИЛОВ
(Томск)

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНАЗАЛЬНЫМИ СИНУСИТАМИ

Экологические факторы Сибирского региона накладывают определенный отпечаток на заболеваемость синуситами, распространенность которых достигает 43% среди всей ЛОР патологии. Изучение региональной закономерности заболеваемости параназальными синуситами в Томской области привело к созданию комплексной программы экономической технологии лечебного процесса с ориентацией на реабилитацию данной категории больных. С использованием научно-технического потенциала вузов и НИИ Томска совершенствовались традиционные и разрабатывались новые методы диагностики и лечения заболеваний околоносовых пазух. Новизна разработок защищена 12 авторскими свидетельствами.

У больных с неосложненными синуситами хирургическое вмешательство сводится к эндоназальной эндоскопической санации всех вовлеченных в патологический процесс пазух с максимальным щажением их слизистой оболочки. В послеоперационном периоде проводятся медикаментозные и физиотерапевтические мероприятия с целью восстановления функциональных свойств слизистой оболочки носа и оперированных пазух. При деструктивных синуситах одновременно с экстраназальной операцией осуществляется имплантационное эндопротезирование утраченных костных структур.

Организация профилированной операционной, оснащенной современным оборудованием, эндоскопической техникой, лазерной хирургической установкой, инструментами для функциональных вмешательств, а также соответствующая подготовка кадров позволили значительно повысить производительность труда хирурга. С внедрением щадящих методов функциональных эндоскопических операций достигнуто сокращение срока послеоперационного пребывания больного в стационаре до 2-3 дней.

Впоследствии амбулаторный этап лечения проводится в реабилитационном центре, созданном на базе городского ЛОР отделения в 1986 году. В состав центра входят: смотровой кабинет, кабинеты амбулаторной микрохирургии, внутриполостной физиотерапии. Последний оснащен микроволновой, ультразвуковой и терапевтической лазерной аппаратурой. В послеоперационном периоде с учетом данных аллергологического и иммунологического обследования проводятся при необходимости специфическая и неспецифическая десенсибилизация и коррекция иммунного статуса с привлечением соответствующих специалистов. Такая последовательность мероприятий позволила не только сократить сроки пребывания больного в стационаре, но и обеспечила преемственность лечения и возможность оптико-эндоскопического контроля.

Наш опыт показывает, что подобная организация лечебного процесса позволяет интенсифицировать работу койки в ЛОР стационаре, улучшить результаты лечения и значительно сократить временную нетрудоспособность.

Н.К.САНЖАРОВСКАЯ, Г.И.МЕЛЬНИКОВА (Волгоград)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИКАТАНА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Научно-производственное объединение "Бишофит" и Волгоградская медицинская академия (ВМА) разработали новый лекарственный препарат поликатан. Он представляет собой раствор бишофита, содержащего микроэлементы: магний, хлор, бром, натрий и др. Противовоспалительное, антимикробное и анестезирующее действие поликатана, его специфическая активность и безвредность изучены в эксперименте коллективом кафедры фармакологии ВМА. Обнаружено, что он усиливает фагоцитарную активность нейтрофилов, уменьшает проницаемость капилляров и активность калликреин-кининовой системы, ускоряет регенеративные процессы. Разработаны лекарственная форма препарата и нормативно-технические требования. В состав поликатана введены сластилин и ментол для коррекции органолептических свойств. Препарат представлен к клиническим испытаниям в стоматологии и оториноларингологии с 1992 г.

Наше сообщение основано на опыте применения поликатана у 30 детей с острыми и хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух в возрасте от 3 до 14 лет. Острый ринит диагностирован у 5 больных, хронический ринит - у 15 (в том числе катаральный - у 4, гипертрофический - у 3, вазомоторный - у 8), хронический синусит в сочетании с аденоидитом - у 7, полипозный гайморит - у 3 пациентов. При передней и средней риноскопии определялось обильное слизистое и слизисто-гнойное отделяемое преимущественно в задних отделах нижнего и в среднем носовом ходе. Диагноз синусита подтверждали рентгенологически или при ультразвуковой эхосинусоскопии.

Лечение поликатаном проводили в стационарных и амбулаторных условиях. При острых и хронических ринитах поликатан применяли в виде носового душа, промываний полости носа и носоглотки. При этом одну часть стандартного раствора поликатана разводили в 20 (у детей старше 7 лет) или 40 (у детей до 7 лет) частях дистиллированной воды. Курс лечения составлял 8-10 дней. На одну процедуру расходовали 250-400 мл приготовленного раствора поликатана. У больных гнойным гайморитом производили пункцию верхнечелюстной пазухи с последующим промыванием ее раствором поликатана, использовали также метод "перемещения". При полипозном гайморите сначала выполняли полипотомию, а затем лечение проводили методом эндоназального электрофореза. У всех детей отмечались значительное улучшение общего состояния, положительная динамика показателей крови, исчезновение выделений из носа, восстановление носового дыхания, нормализация рентгенологических данных. Побочных явлений при использовании поликатана мы не наблюдали. Преимуществом препарата является то, что он не обладает раздражающим действием на слизистую оболочку и легко переносится детьми.

Ю.В.ПОВАРОВ, В.В.ДВОРЯНЧИКОВ (Санкт-Петербург)

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ

Применение антибиотиков считается основой лечения различных гнойных заболеваний. Антибиотик обычно выбирают, учитывая его влияние на микрофлору и переносимость организмом. При этом воздействие антибиотиков на иммунокомпетентные клетки и противовирусную резистентность часто не принимают во внимание.

Задачей настоящего исследования явилось изучение влияния некоторых антибиотиков на функциональную активность моноцитов периферической крови у людей с острым и хроническим синуситом (26 больных острым гнойным синуситом; 14 - хроническим гнойным синуситом). Исследование действия антибиотиков проводили в нескольких одночасовых культурах моноцитов одной и той же крови - одна из культур была контрольной, в другие добавляли тестируемые антибиотики в дозировке, соответствующей 1:5000 терапевтической дозы на 1,0 мл суспензии крови. Противовирусную резистентность моноцитов изучали путем определения в них вирусных включений. Влияние антибиотиков на противовирусную резистентность моноцитов оценивали по методике скрининга противовирусных препаратов.

Установлено, что при гнойных заболеваниях околоносовых пазух функциональная активность моноцитов снижена вследствие подавления оксидазной активности, обеспечивающей завершенность фагоцитоза. Противовирусная резистентность моноцитов была также ослаблена в результате увеличения не только процента клеток, содержащих вирусные включения, но и количества вирусных включений в пораженных моноцитах. Существенных различий по этому показателю между формами синусита не выявлено. Обнаружено неоднозначное влияние антибиотиков на функциональную активность и противовирусную резистентность моноцитов. Например, канамицин и кефлин подавляют фагоцитоз и таким образом способствуют еще большему снижению противовирусной резистентности. Оксациллин практически не влияет на функциональную активность моноцитов.

Таким образом, антибиотики должны применяться с учетом их влияния на неспецифическую защиту организма. Антибиотикотерапию следует проводить под прикрытием противовирусных препаратов и стимуляторов фагоцитарной активности моноцитов.

В.С.КОЗЛОВ, А.А.ШИЛЕНКОВ, С.К.ЖУКОВ (Ярославль)

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА СИНУСИТА ПОСЛЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С ПОМОЩЬЮ СИНУС-КАТЕТЕРА "ЯМИК"-5

Несмотря на то, что в результате эндоназальных операций создаются оптимальные условия для аэрации синусов и транспорта секрета, у части больных наступает рецидив

синусита. Причинами этого могут быть как острая вирусная инфекция, так и хроническое воспаление слизистой оболочки. Ранее нами совместно с клиникой ОРЛ университета г.Майнц (Германия) для лечения рецидивов синусита с успехом применялись синус-катетеры модели "ЯМИК-3". В настоящей работе будет представлен опыт применения синус-катетеров модели "ЯМИК-5".

Синус-катетер модели "ЯМИК-5" выполнен из латекса и состоит из корпуса и двух надувных баллонов, один из которых может перемещаться относительно корпуса. В корпусе выполнено три канала. Один из них предназначен для подачи воздуха в концевой баллон, а два других - для введения жидкости в полость носа и ее эвакуации.

Принцип работы. Синус-катетер "ЯМИК-5" вводится в полость носа. Раздуванием баллонов полость носа блокируется со стороны носоглотки и ноздри. Через один из каналов в задне-верхние отделы носа подается лекарственный раствор, а через другой канал производится его эвакуация. При этом происходит введение жидкости не только в полость носа, но, что особенно важно, в послеоперационные полости решетчатого лабиринта. По завершении промывания канал для подачи жидкости блокируется, а через аспирационный канал в околоносовые пазухи за счет управляемого давления вводится лекарственный препарат.

Позитивный эффект данного метода обусловлен не только тем, что происходит промывание глубоких послеоперационных полостей, но так же возможностью введения в эти полости лекарственных растворов, что обеспечивает воздействие на всю пораженную слизистую оболочку. По данному способу проведено лечение 16 больных. У 15 получены хорошие результаты.

И.П.КРАЛИНА, Д.Ю.КРАЛИН, А.И.ПЕРЕКРЕСТ (Москва)

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО СИНУСИТА КЕНАЛОГОМ - 40

Неэффективность хирургического лечения полипозного синусита стимулирует оториноларингологов к поиску новых подходов в его лечении. Учитывая, что причиной полипозного синусита чаще всего является аллергия, неоднократно производились попытки использовать антигистаминные препараты для профилактики рецидивов после полипотомии (А.Е.Вершигора, 1968; А.И.Муминов, 1990 и др.), гормоны (Myers, Myers, 1974; В.Д.Ривейский, 1977 и др.).

Для лечения рецидивирующего полипозного синусита у лиц, перенесших от 5 до 15 полипотомий нами применен кеналог-40. Препарат вводили непосредственно в полип по схеме: 10 - 20 - 30 - 20 - 10 мг через день. Всего в условиях поликлиники прошли лечение 30 человек в возрасте 35 - 55 лет. Восстановление носового дыхания получено у всех больных. Обычно после однократного введения кеналога-40 отмечалось уменьшение объема полипов, дыхание через нос восстанавливалось после двух - трех введений препарата, а после окончания курса лечения полипы в полости носа не определялись и дыхание восстанавливалось до нормы. Восстанавливалась транспортная и секреторная функции носа.

Следует отметить, что у всех больных наряду с нарушением носового дыхания имелось нарушение обоняния различной степени вплоть до аносмии. У половины больных респираторная аносмия наблюдалась в течение нескольких лет и не исчезала даже после

полипотомии. Применяя кеналог-40, мы наблюдали не только улучшение носового дыхания, но и восстановление обоняния у 2/3 больных. У остальных отмечено восприятие очень сильных ольфакторных раздражителей. Наряду с этим отмечена положительная динамика в течении сопутствующей бронхиальной астмы у 7 пациентов. После проведенного лечения больные наблюдались в течение 1,5 лет. За время наблюдения роста полипов в полости носа и нарушения обоняния не отмечалось. Полученные результаты позволяют рекомендовать кеналог-40 для лечения рецидивирующего полипозного синусита у взрослых.

Д.Э.МАНУКЯН, Б.М.ЦЕЦАРСКИЙ, Н.В.МАХЛИНОВСКАЯ (Ставрополь)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОРБЕНТОВ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ

Хронические риносинуситы - весьма распространенная в оториноларингологической практике патология. Она встречается у 20-25% оториноларингологических больных. В значительной части случаев причиной возникновения данного заболевания является стафилококк (П.В.Сергиенко, 1971; Т.Н.Леонтьева, 1989; В.В.Бережной и соавт., 1990; М.С.Плужников и соавт., 1990; С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов, 1991 и др.). Клинические проявления этого заболевания разнообразны, не всегда четко очерчены, степень их тяжести может варьировать и вызывает у врача трудности в диагностике и лечении. Кроме того, существующие методы терапии часто недостаточно эффективны, редко приводят к клиническому выздоровлению и не предупреждают рецидивов. Это во многом может быть объяснено морфологическими и культуральными свойствами возбудителя: способностью вырабатывать ферменты и экзотоксины, которые обеспечивают агрессивность воспалительных процессов, устойчивость микрофлоры к большинству антибиотиков и сульфаниламидов, а также выживаемость стафилококка во внешней среде. Особые трудности возникают у врача при необходимости санации верхних дыхательных путей у носителей стафилококковой инфекции. Они связаны с тем, что к этой категории пациентов относятся дети, беременные женщины, тяжелые стационарные больные, у которых применение различных медикаментов нерационально или даже противопоказано. Вышеуказанные причины побудили нас к поиску новых препаратов и методов лечения стафилококковых риносинуситов.

У больных стафилококковыми риносинуситами мы применяли аппликационную поверхностную сорбцию. К сорбенту предъявлялись следующие требования: высокая сорбционная емкость, сорбция организмов независимо от их штаммов, биологическая инертность, химическая чистота, простота стерилизации и хранения. Всем вышеперечисленным условиям отвечают угольные тканевые сорбенты АУТ-М2 и АНМ-Д, разработанные Электростальским научно-исследовательским технологическим институтом Минхимпрома СССР, НИИГрафит Минцветмета СССР и Институтом хирургии им. А.В.Вишневского РАН.

После стерилизации автоклавированием препарат разрезали на полоски необходимого размера, увлажняли физиологическим раствором и укладывали на слизистую оболочку полости носа на 30-60 минут. Сорбирующие препараты легко совместимы с физиотерапевтическими воздействиями. Схема комбинированного лечения стафилококко-

вых риносинуситов подразумевала воздействие на очищенную поверхность слизистой полости носа низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером. Использовалась стационарная терапевтическая лазерная установка ЛГ-52. Воздействие осуществлялось лазерным излучением с длиной волны 0,6328 мкм, с помощью гибкого кварцевого световода в течение 10 минут.

По данной методике пролечено 47 больных, в возрасте от 6 до 43 лет. У всех при наличии явлений риносинусита при посеве из носа были обнаружены различные штаммы стафилококка. Результат лечения мы считали хорошим, когда у больного исчезали клинические проявления стафилококкового насморка, при контрольном бактериологическом исследовании не обнаруживалась патогенная микрофлора, а длительность ремиссии была не менее года. В случае, если в течение полугода возникал рецидив заболевания, результат считали удовлетворительным. Неудовлетворительный результат предполагал неполную ликвидацию патологических проявлений в полости носа и сохранении в ней микрофлоры после проведенного лечения. У 28 больных нами был получен хороший результат, у 14 - удовлетворительный, у 5 - неудовлетворительный.

Применение сорбентов в сочетании с лазеротерапией значительно улучшает клинический эффект, что подтверждается данными клинического, бактериологического и функционального исследований.

Л.Г.СВАТКО, И.А.СТУДЕНЦОВА, В.Н.КРАСНОЖЕН (Казань)

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОҢА ПРИ МЕСТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА

В последние годы отмечается значительное увеличение частоты воспалительных заболеваний околоносовых пазух и риносинусогенных осложнений (Э.Л.Скопина, Б.И.Карась, 1987; В.А.Спокойная, 1988 и др.). Возможными причинами таких изменений заболеваемости могут быть полиэтиологичность синусита, сложность его патогенеза, особенности протекания в различных возрастных группах (М.Я.Козлов, 1985; И.Л.Кручинина, А.Г.Лихачев, 1989), ослабление иммунных сил организма (И.Б.Солдатов и соавт., 1984), аллергия (В.Х.Гербер, 1990) и другие факторы. Рост гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух и нехватка патогенетически обоснованных методов терапии делают разработку новых препаратов актуальной проблемой ринологии.

Наше внимание привлек димефосфон - новый оригинальный отечественный препарат. Анализ результатов экспериментальных и клинических исследований позволяет утверждать, что димефосфон, синтезированный в институте органической и физической химии им. А.Е.Арбузова Казанского филиала РАН, обладает широким спектром биологической активности, в частности, антиацидотическим, иммуностимулирующим, противовоспалительным, бактериостатическим действием, способен стимулировать регионарное кровообращение и безвреден при накожных аппликациях (И.А.Студенцова и соавт., 1984; 1988; В.И.Русаков и соавт., 1980).

Для изучения действия димефосфона мы моделировали инфекционно-воспалительный процесс у кроликов в верхнечелюстных пазухах по методу Е.Н.Единак и соавт. (1985). Результаты исследований показали, что местное применение 15% раствора димефосфона ускоряет выздоровление при остром воспалительном процессе. Полное

выздоровление кроликов опытной группы наступило на девятый день лечения, что подтверждается данными клинических, эндоскопических и патоморфологических исследований.

Клиническая часть работы основана на результатах обследования и лечения 268 больных острым и хроническим гнойным гайморитом в возрасте 8-60 лет. Установлено выраженное противовоспалительное действие 15% раствора димефосфона при местном применении, сопровождается стимуляцией иммунореактивности организма (иммуноглобулинов крови классов А, М, G, Т- и В- клеточного иммунитета), улучшением микроциркуляции в слизистой оболочке верхнечелюстных пазух. Оценивая клиническую эффективность лечения гнойного гайморита 15% раствором димефосфона, можно констатировать, что выздоровление наступило у 78,5% больных острым гнойным гайморитом на $6,01 \pm 0,2$ день, 77,7% больных хроническим гнойным гайморитом - на $7,02 \pm 0,2$ день. В контрольной группе у 70,5% больных острым гайморитом выздоровление наступило на $10,2 \pm 0,3$ день, у 67,5% больных хроническим гайморитом - на $11,7 \pm 0,3$ день.

Доступность и простота применения позволяют рекомендовать димефосфон для широкого использования в практическом здравоохранении при лечении гнойных синуситов.

С.А.ЮРКИН (Тверь)

КОРРЕКЦИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ ПРИ ЗАТЯНУВШИХСЯ ГНОЙНЫХ СИНУСИТАХ

Причина затяжного и хронического течения гнойных синуситов нередко кроется в нарушении симпатической иннервации слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, обусловленной шейным остеохондрозом (ОХ). При этом раздражение симпатических структур в области шеи как непосредственно, так и опосредованно (через ствол, межоточный мозг, зрительный бугор и др.) может вести к ангиодистоническим, трофорефлекторным расстройствам, лимфостазу, нарушению местного иммунитета. Учитывая вышесказанное и тот факт, что ОХ позвоночника по распространенности среди населения в настоящее время уступает лишь ОРВИ (Бабияк и соавт., 1990), становится очевидной актуальность данной проблемы для оториноларингологов.

Для коррекции симпатической иннервации у больных с затянувшимися гнойными синуситами при отсутствии эффекта после 4-6 пункций верхнечелюстных пазух мы применяли мануальную терапию (МТ) шейного отдела позвоночника. Наш небольшой опыт основан на лечении 29 больных с острым и хроническим гнойным гайморитом и 8 больных с гнойным фронтитом в возрасте от 16 до 53 лет. Всем больным после предварительного мануального и рентгенологического исследования ежедневно проводили мобилизацию шейного отдела позвоночника методом постизометрической релаксации. Применялись ЛФК, а также МТ 1 раз в 2-3 дня. Курс лечения составил 10-14 дней. Кроме того больные одновременно получали традиционное лечение в виде пункций верхнечелюстных пазух, введения лекарственных веществ в лобную пазуху методом перемещения (к трепанопункции не прибегали), физиопроцедур. Для улучшения аэрации среднего носового хода по показаниям производили УЗД переднего конца средней носовой

раковины, ее редрессацию, эндоназальный электрофорез хлористого кальция в область среднего носового хода.

В результате проведенного лечения у 34 больных наблюдался стойкий терапевтический эффект, который заключался в исчезновении головных болей и гнойных выделений из носа, отсутствия гноя в промывных водах из пазух. Лишь в 3 случаях пришлось прибегнуть к радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. При сроках наблюдения от 6 до 11 месяцев рецидива не отмечалось. Более быстрая и отчетливая положительная динамика от проводимого лечения наблюдалась у больных с отсутствием рентгенологических изменений в позвончнике, т. е. на ранних стадиях ОХ.

Полученные положительные результаты позволяют рекомендовать МТ шейного отдела позвоночника в качестве одного из методов в комплексном лечении затянувшихся гнойных синуситов.

И.В.ЕЛЬКОВ, Г.М.АСТАХОВА, О.Н.КУЗНЕЦОВА (Курск)

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАЙМОРИТЕ

В проведенных нами ранее иммунофлуоресцентных исследованиях было установлено, что в патогенезе хронического гайморита значительная роль принадлежит персистирующей вирусной инфекции, которая выявляется в слизистой оболочке в латентной форме. Сопоставляя результаты вирусологического исследования слизистой оболочки носа и верхнечелюстной пазухи, было отмечено, что в этих органах выявляется одинаковый вид вирусного антигена. Нами проведено комплексное бактериологическое и вирусологическое обследование 84 больных, страдающих экссудативными формами хронического гайморита. У 39 из них в слизистой оболочке носа были выявлены различные вирусные антигены или их сочетания.

С целью устранения выявленного у больных вирусоносительства в комплексном лечении нами использовалось местное применение препаратов, оказывающих противовирусное действие. Для этого применялся ингаляционный способ введения лекарственных препаратов, подаваемых в полость носа под давлением, что позволило воздействовать на большую поверхность слизистой оболочки, пораженной воспалительным процессом.

Для орошения слизистой оболочки носа и введения в верхнечелюстную пазуху нами использовались 5% раствор аминокaproновой кислоты и сок чистотела, обладающие противовирусным действием, приготовленные на водной и полимерной основах. Введение их в верхнечелюстную пазуху осуществлялось в форме депо-препаратов через дренажную трубку. Противовирусное лечение в течение суток осуществлялось дважды утром и вечером путем орошения слизистой оболочки полости носа с помощью аппарата фирмы Nagashima. После орошения через 2-3 минуты производилась аспирация секрета, затем орошение повторялось 3-4 раза в течение 10-12 минут. Депо-препараты вводились 2 раза в сутки.

Кроме того, всем больным проводилась кислородная принудительная аэрация верхнечелюстных пазух. Учитывая то обстоятельство, что респираторные вирусы чувствительны к высокой температуре, осуществлялась ингаляция сухого воздуха температуры 42-43°C в течение 15-20 минут, подаваемого от электрического калорифера аппарата Nagashima с помощью сконструированной нами насадки, к которой крепится воздухопро-

водная трубка, имеющая на конце ингаляционную маску, закрывающую вход в нос пациента. В процессе лечения на 3, 6 и 9 день проводились контрольные вирусологические исследования слизистой оболочки носа. К концу срока лечения у 31 больного вирусы не обнаружены.

М.С.ПЛУЖНИКОВ, О.В.КОВАЛЕВ (Санкт-Петербург)

ПЕРСПЕКТИВЫ ИНДИВИДУАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛОИНГАЛЯТОРА СПЕЦИФИКА ЕГО КОНСТРУКЦИИ

Накоплен достаточно представительный опыт применения спелеотерапии при лечении аллергических воспалительных заболеваний дыхательных путей, таких как аллергические риносинуситы, поллинозы, преастма, хронические бронхиты различной этиологии и степени, другие заболевания. Статистическая обработка накопленных данных говорит об эффективности спелеотерапии при лечении указанных заболеваний. Обычно лечение осуществляется в подземных спелеокамерах, либо поверхностных галокамерах, моделирующих лечебные факторы подземных сооружений. В обоих случаях лечебный процесс, как правило, стационарный. Создание условий эффективного индивидуального лечения заболеваний дыхательных путей вызвало необходимость разработки нового малогабаритного прибора, конструкция которого обеспечивает поступление к пациенту лечебной аэрозольной смеси.

Такая гетерогенная смесь, не только моделирующая весь основной комплекс лечебных ингредиентов спелеокамер (мелкодисперсный калий-солевой аэрозоль, необходимые состав и содержание аэроионов, присутствие в аэрозоле некоторых микроэлементов), но и имеющая кроме того возможность поступать в дыхательные пути пациента в виде малоамплитудно-пульсирующего по давлению потока, обладает высоким лечебным потенциалом. Последний обеспечен конструктивными особенностями галоингалятора: созданием в нем эффекта активного встречно-поступательного обогащения флюида лечебными ингредиентами, формированием пульсирующего аэрозольного потока, обеспечением дифференциации лечебного аэрозоля по величине частиц. Специально сконструирована по составу и величине частиц и "заряжаемая" в прибор калийносолевая смесь. Конструкция галоингалятора ("мини-галокамеры") запатентована в РФ, выполнены физические исследования основных его параметров, проводятся клинические испытания.

М.И.ЯЩЕНКО (Харьков)

К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЗМОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ХОЛОДА НА ОРГАНИЗМ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ

Существующие консервативные способы и операции при хронических гнойных гайморитах не всегда приводят к выздоровлению и не исключают рецидива. Это заставляет искать пути более эффективного лечения. В этом плане привлекают внимание физические методы коррекции защитного потенциала больного организма с помощью низких температур. Мы применили способ криоорошения слизистой оболочки пазухи при гнойной форме синусита и изучили его эффективность.

Под наблюдением находились 153 больных хроническим гнойным гайморитом в возрасте от 16 до 67 лет (96 мужчин и 57 женщин), которым после пункции пазухи в типичном месте, промывания 0,9% раствором хлорида натрия и высушивания неоднократным продуванием через фторопластовый дренаж делали криоорошение слизистой оболочки воспаленной пазухи парожидкостной струей азота аппаратом КАС-01 с экспозицией 1-2 секунды ежедневно. Количество сеансов определяли в зависимости от динамики объективных и субъективных признаков заболевания, а также изменения показателей лабораторных тестов. Исследование морфологического состава периферической крови показало, что до лечения у большинства пациентов преобладали снижение числа эритроцитов и уровня гемоглобина, лейкоцитоз и ускорение СОЭ. В качественном составе красных клеток по группам гемолитической стойкости преобладали повышено-стойкие при уменьшении пониженно-стойких популяций, отмечалось угнетение показателей клеточного и гуморального иммунитета, а также возрастание уровня пептидов средней молекулярной массы.

Установлено, что после 3-4 сеансов криовоздействия снижается количество лейкоцитов, уменьшается СОЭ. Возрастание числа эритроцитов и содержания гемоглобина коррелировало со стабилизацией кислотной резистентности эритроцитов, появлением равновесия между повышено- и пониженностойкими их группами при сохранении нормального соотношения среднестойких. Наряду с этим имела место активация иммунных реакций, проявляющаяся увеличением абсолютного и процентного содержания фагоцитирующих нейтрофилов, ростом фагоцитарного индекса, бактерицидной емкости крови и коэффициента завершенности фагоцитоза. Одновременно наблюдалось возрастание уровня зрелых Т- и В-лимфоцитов на фоне уменьшения О-клеток и повышение уровня IgA и IgG. После криоорошения выявлены положительные сдвиги и для пептидов средней молекулярной массы, уровень которых снизился к концу лечения до нормальных показателей.

При клиническом наблюдении у 115 обследованных больных (75%) в течение 3-4 дней гнойное отделяемое из носа прекратилось, исчезли головные боли, улучшилось носовое дыхание и обоняние. У остальных 38 (25%) выздоровление наступило через 6-7 дней. Осложнений не наблюдалось. Через 3 года снова развился синусит у 22 (18%) больных, главным образом у лиц, где процесс протекал и в прошлом с частыми рецидивами.

Таким образом, криоорошение синусов при хроническом воспалении обладает достаточно высокой эффективностью, в основе которой лежат не только местные изменения

слизистой оболочки, но и повышение общей резистентности под влиянием холодового фактора.

М.СТЕНКВИСТ, М.ЯНЕРТ, Л.РЕСЛУНД, Л.ОЛЕН (Упсала, Швеция)

ИЗМЕРЕНИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ЛОРАКАРБЕФА В СОДЕРЖИМОЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОМОЩЬЮ УСТРОЙСТВА "СИНОЖЕКТ"

Введение. Целью данного исследования было дальнейшее изучение временного накопления лоракарбефа в содержимом пазухи при однократном и многократном введении. Содержимое из верхнечелюстной пазухи получали, используя устройство "Синожект", разработанное недавно в Швеции. Оно используется вместо обычной иглы, поскольку позволяет получать повторные смывы без многократных пункций через трубку, которая остается в носу в течение длительного времени.

Материал и методы. 20 больным с симптомами острого синусита и гноем в верхнечелюстной пазухе после аспирации содержимого пазухи назначали лоракарбеф (пероральный антибиотик группы карбацефема) в дозе 400 мг каждые 12 часов в течение 10 дней. Устройство "Синожект" позволяло 8 раз забирать гной из пазухи; через 0, 0,5, 1,0, 1,5, 2,0, и 2,5 часов после назначения первой дозы, а также через 24 и 48 часов, сразу перед назначением третьей и пятой доз. Одновременно забиралась для анализа венозная кровь. После забора содержимого пазухи производилось промывание пазухи ежедневно в течение как минимум 10 дней.

Предварительные результаты. Максимальная концентрация лоракарбефа в сыворотке и в содержимом пазухи составила соответственно 14,5 мг/мл (от 5,9 до 24,0, N = 20) и 2,2 мг/мл (от <0,1 до 6,7, N = 20). Максимальная концентрация в содержимом пазухи достигалась в течение первых 2,5 часов после приема первой дозы (N = 17) и составляла в среднем 35% (N = 17) от соответствующей концентрации в сыворотке.

Заключение. Полученные результаты делают очевидным пригодность фармакокинетического профиля лоракарбефа для лечения гнойного гайморита. Это качество не является общим для других беталактамовых антибиотиков. "Синожект" делает подобные исследования легко выполнимыми и приемлемыми для пациента.

Оперативное лечение синуситов

А.С.КИСЕЛЕВ, В.Р.ГОФМАН, Т.А.ЛУШНИКОВА (Санкт-Петербург)

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПТОХИАЗМАЛЬНЫМ АРАХНОИДИТОМ

Зависимость развития оптохиазмального арахноидита (ОХА) от воспалительного процесса в области околоносовых пазух (ОПН), обычно протекающего в виде латентного полисинусита при наиболее распространенном сочетании вовлечения в процесс клиновидной, верхнечелюстной пазух и решетчатого лабиринта, требует проведения saniрующей операции на пораженных околоносовых пазухах. Мы располагаем наблюдениями за 201 больным, поступившим в клинику оториноларингологии Военно-медицинской академии по поводу хронического полисинусита, осложненного ОХА. Хирургическое лечение обычно заключалось одномоментном эндоназальном вскрытии клиновидной пазухи (транссепталь-но), решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазух через средний носовой ход. В послеоперационном периоде производилась активная антибактериальная, дегидратационная и десенсибилизирующая терапия, а также мероприятия, нормализующие функцию мукоцилиарного аппарата слизистой оболочки носа.

Острота зрения больных ОХА находилась в пределах: от 0,8 до 0,4 у 20 человек; от 0,4 до 0,1 - у 44 человек; от 0,09 до 0,05 - у 57 человек и от 0,04 до счета пальцев у глаз - у 80 больных. Сочетание нарушения остроты зрения с ограничением периферических полей зрения и наличием скотом было отмечено у 177 из 201 (88%). Улучшение зрительной функции у больных ОХА после санации ОПН в ближайшие сроки после операции имело место у 129 человек из 201 оперированных (64,2%). Лучший эффект отмечался у лиц молодого возраста с небольшой продолжительностью заболевания. При этом из двух факторов - возраст больного и длительность заболевания - последний имел наибольшее значение. Так, если в возрасте от 40 до 50 лет улучшение зрения наблюдалось у 22 пациентов из 25, то при длительности заболевания свыше 3 лет улучшение зрения наступило только в 22 случаях из 57 наблюдений (38,6%). При длительности заболевания до 1 года улучшение зрения было отмечено у 68 больных из 90 (75,6%).

Из 129 оперированных с положительным результатом в ближайшие сроки наблюдения у 56 (28%) зрение улучшилось в пределах 0,1 - 0,2 и выше, у 35 - в пределах сотых долей единицы, у 89 отмечено улучшение или нормализация полей зрения (у 53 больных поле зрения расширилось одновременно с повышением остроты зрения). Важно отметить, что значительное улучшение зрения в послеоперационном периоде наступило у пациентов, операционными находками у которых была фиброзно уплотненная слизистая оболочка клиновидной пазухи, хотя при рентгенологическом исследовании изменения были минимальными (рентгенонегативный синусит).

В отдаленные сроки после операции (длительность наблюдения от 3 месяцев до 6 лет) улучшение зрения было отмечено у 120 человек из 167 обследованных (71,8%). Все это свидетельствует о благоприятном воздействии санации ОПН на состояние зрительных путей.

Р.Ш.АБДУРАШИТОВ, А.Н.ДАЯНОВ (Уфа)

ВАРИАНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

Внедрение в практическую медицину методов эндоскопии и функциональной эндоскопической ринохирургии позволяет по иному взглянуть на проблему диагностики и лечения одонтогенного гайморита. Как известно, симптомокомплекс этого заболевания редко бывает ярко выражен, во многих случаях диагноз ставится лишь при появлении осложнений. При сочетании патологии зубочелюстной системы с гайморитом последний трактуется как одонтогенный даже в тех случаях, когда таковым не является. Это приводит к неверной лечебной тактике.

Эндоскопическое исследование латеральной стенки полости носа и области среднего носового хода (остиомеатального комплекса) позволяет выявить риногенные причины синусита, при этом отсутствие таковых свидетельствует в пользу одонтогенного процесса. Вместе с тем, как показали наши исследования, изменения слизистой оболочки в области соустьев передних околоносовых пазух могут иметь место и при одонтогенных гайморитах. В этих случаях дифференциальной диагностике помогает методика синусоскопии, которая может осуществляться как через переднюю стенку пазухи жестким эндоскопом, так и фиброскопом через естественное или искусственное соустье. Наличие холестеатомы, гнойно-деструктивных или продуктивных изменений в области альвеолярной бухты обычно свидетельствуют об одонтогенном характере процесса.

Эндоназальный подход при лечении одонтогенных гайморитов не кажется нам достаточно обоснованным, учитывая кариозный характер процесса и недостаточный визуальный контроль, прежде всего, зоны альвеолярной бухты, поэтому первый этап операции мы проводим по методике Калдвелла-Люка, которая дает широкий обзор и возможность адекватной санации пазухи. Эндоскопия при этом позволяет обнаружить и ликвидировать очаги деструкции, не видимые при обычном осмотре.

Второй этап операции, состоящий в классическом варианте в создании искусственного соустья с нижним носовым ходом, мы заменяем методикой инфундибулотомии, которая проводится лишь при наличии органических (обычно полипозных) изменений в области максиллярного соустья. Хирургический подход через переднюю стенку пазухи обеспечивает возможность формирования соустья не только со стороны остиомеатального комплекса, но и со стороны пазухи, что позволяет избежать осложнений (прежде всего повреждения стенки орбиты). Если эндоскопическое исследование подтверждает отсутствие органических изменений и сохранение дренажной функции естественного соустья пазухи, то инфундибулотомия не проводится. По описанной методике прооперировано 27 больных с одонтогенным гайморитом, и в сроки до 6 месяцев динамическое клиническое и эндоскопическое наблюдение не выявило признаков рецидива заболевания.

Это позволяет отдавать предпочтение комбинированному подходу (наружным и эндоназальным способом), избегая наложения искусственного соустья в нижнем носовом ходе и рекомендовать данную методику как операцию выбора при одонтогенных гайморитах.

В.И.ДИДЕНКО, А.Д.ГУСАКОВ, ЭЛЬ-ЭЙТ-ХАЛЕД (Запорожье)

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ГУБЧАТОЙ КОСТИ И КОСТНОГО МОЗГА В РИНОХИРУРГИИ

Несмотря на постоянное совершенствование хирургических вмешательств при лечении хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, результаты их не могут удовлетворять хирургов. Использование самых различных трансплантатов с целью облитерации околоносовых пазух при синуситах и имплантацией при атрофических ринитах и озене, улучшало непосредственные результаты лечения. Однако, встречающиеся нагноения, секвестрации, рассасывание, отторжение трансплантатов делают актуальным поиск более эффективных способов, направленных не только на облитерацию, но и улучшение регионарных и иммунологических процессов.

Проведенные нами экспериментальные исследования на собаках показали, что губчатая аутокость обладает самыми высокими остеогенетическими свойствами; ее пластичность, устойчивость к инфекции, быстрая приживляемость делают ее совершенным пластическим материалом. Нами впервые было установлено, что определенное количество костного мозга в трансплантате существенно повышает остеогенез кости, обладает иммуоиндукцией, влияя тем самым на улучшение и восстановление нарушенного иммунитета, прежде всего на органном уровне, усиливает кровообращение в окружающих тканях, улучшает их трофику.

Нами разработан метод хирургического лечения хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух, атрофических ринитов и озены с использованием губчатой аутокости и костного мозга. Под наблюдением находился 121 больной в возрасте от 14 до 51 года. Первичная облитерация лобных пазух губчатой аутокостью, частично лишенной костного мозга, выполнена у 42 больных после удаления больших остеоом, после травм и ранений с обширными дефектами передних и задних стенок. Вторичная облитерация лобных пазух осуществлена у 34 больных с рецидивирующими фронтитами. Имплантация губчатой аутокости с костным мозгом произведена у 28 больных атрофическими ринитами и у 17 больных озеной. Материал забирали из гребня подвздошной кости больного.

Пациентам кроме общеклинического проведено иммунологическое обследование, определение некоторых показателей неспецифической резистентности организма и мукоцилиарного клиренса. В результате выявлено достоверное повышение содержания IgM и снижение IgA у больных с хроническим полисинуситом, в то время, как при изолированных фронтитах и гайморите изменения этих показателей были недостоверными. Снижение субпопуляций лимфоцитов ОКТ4 (Т-хелперов) отмечено у 9 больных с хроническим рецидивирующим синуситом, снижение ОКТ8 (Т-супрессоры) в данной группе было недостоверным. У 12 больных озеной и у 8 больных атрофическим ринитом отмечено достоверное снижение сывороточного и секреторного IgA и лизоцима в отделяемом и полости носа, ОКТ4 и фагоцитарной активности лейкоцитов. При атрофическом рините и озене существенно изменялся мукоцилиарный клиренс ($26,2 \pm 2,8$ и $42,5 \pm 4,2$, при $15,4 \pm 1,9$ в контрольной группе).

Стойкое клиническое улучшение получено у всех больных атрофическим ринитом. Наиболее заметные результаты имели место у больных озеной, которым одновременно были облитерированы пораженные верхнечелюстные пазухи. Клиническое улучшение

сопровождалось нормализацией содержания ОКТ4 и ОКТ8, IgA, IgM, лизоцима. Мукоцилиарный клиренс у больных атрофическим ринитом достоверно улучшался, при озене улучшение было недостоверным. После облитерации лобных и верхнечелюстных пазух частичное рассасывание трансплантатов отмечено у 8 больных. Через 4 - 6 месяцев облитерированные пазухи имели на рентгено-томограммах среднеинтенсивное сетчатого характера затемнение с незначительным просветлением в центре. В эти же сроки в трансплантатах наблюдалось активное кроветворение.

Все вышеизложенное позволяет нам заключить, что использование губчатой аутокости, частично лишенной костного мозга, при хирургическом лечении хронических воспалительных заболеваний, травм и ранений околоносовых пазух, атрофических ринитов и озены является высокоэффективным методом. В основе его эффективности лежат биопластические свойства губчатой аутокости, ее быстрая приживляемость, остео- и иммуноиндуцирующие способности костного мозга.

В.Т.ЖОЛОбОВ (Хабаровск)

ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Лечение больных с заболеваниями околоносовых пазух связано со значительными трудностями. В выборе метода лечения важно учитывать форму воспалительного процесса и его локализацию (изолированная, сочетанная). Наиболее часто, по данным наших наблюдений, воспаление в решетчатом лабиринте сочетается с процессом в других пазухах. Мы выделяем катаральную, гнойную и осложненную формы острого, отечную, инфильтративную, гнойную, фиброзную и осложненную формы хронического синусита. В особую группу мы относим осложненные формы воспалительного процесса в околоносовых пазухах. Предпосылками к развитию такой формы, очевидно, являются анатомические особенности, возраст больного, ареактивность организма и вирулентность инфекции. По этиологическому и патогенетическому признакам воспалительные заболевания околоносовых пазух можно разделить на инфекционные, инфекционно-аллергические и аллергические. При инфекционной форме необходимо учитывать возможность вирусной природы заболевания.

Исходя из вышесказанного, при острой катаральной и гнойной формах мы проводили консервативное лечение, широко используя метод длительного дренирования верхнечелюстных и лобных пазух, а у больных детского возраста - метод перемещения. При осложненной форме синусита способ лечения зависел от характера осложнения, локализации процесса и возраста больного. При этом проводили массивную антибиотикотерапию, учитывая чувствительность микрофлоры. В случае идентификации стафилококка назначали антистафилококковую плазму. По показаниям производили вскрытие пораженных околоносовых пазух и гнойных очагов в орбите и в полости черепа.

Больным хронической отечной, инфильтративной и гнойной формами синусита сначала проводили лечение пункционным (трепанопункционным) методом и только в случае его безуспешности прибегали к операции внутриносовым или наружным доступом.

Больным с полипозной формой синусита и кистами околоносовых пазух производили операции наружным подходом. В лобную пазуху и решетчатый лабиринт вводили трубки

из ксеногенной ткани, фторопласта и других полимерных материалов, оставляя их в соустье на 3 - 4 недели. В ходе операции необходимо максимально щадить слизистую оболочку и надкостницу, а также среднюю носовую раковину, при необходимости резецируя только ее латеральный аспект, сохраняя интактной слизистую оболочку медиальной поверхности. Наблюдение в динамике показало, что хорошие результаты хирургического лечения были получены у тех больных, которым во время операции удалось сохранить нормальную архитектуру околоносовых пазух (в особенности лобных). Несоблюдение этого принципа отрицательно сказывается на функциях синусов и способствует рецидивированию заболевания.

Мы убеждены в том, что метод облитерации пораженных пазух не следует применять. Он показан только в том случае, когда синус не может выполнять свои физиологические функции. Для предупреждения рецидива фронтита и верхнечелюстного синусита трепанационный дефект во время операции мы закрываем брешотканью или хрящом носовой перегородки больного.

В.В.ДИСКАЛЕНКО (Санкт-Петербург)

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТОВ

Совершенствование хирургических методов лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух, а также предупреждения их рецидивирования является одной из важнейших проблем современной оториноларингологии. Актуальность темы определяется большим удельным весом параназальных синуситов в структуре ЛОР заболеваемости и наметившейся в последнее время тенденцией к их росту, частыми рецидивами синусита в виду низкой эффективности традиционных методов хирургического лечения, возможностью развития орбитальных и внутричерепных осложнений, отрицательным влиянием на функциональное состояние других органов и систем организма.

Изолированные синуситы встречаются относительно редко, чаще имеет место сочетанное поражение околоносовых пазух. Это объясняется общностью ряда этиологических и патогенетических факторов (инфекционное начало, индивидуальная общая и местная реактивность организма, анатомо-топографические связи и др.). Ведущим фактором в возникновении и течении хронических воспалительных заболеваний около-носовых пазух являются нарушения архитектуры полости носа, обусловленные врожденными и приобретенными аномалиями строения внутриносовых структур, оказывающими пагубное действие на вентиляционную и дренажную функцию синусов. Это положение до настоящего времени не получило должного внимания, поэтому остается традиционным радикализм оперативных вмешательств на околоносовых пазухах без необходимой коррекции аномалий строения полости носа. Такой подход не обеспечивает нормализации нарушенных функций околоносовых пазух и приводит к частым рецидивам синусита. В большей степени это относится к верхнечелюстной пазухе, поскольку искусственное соустье в нижнем носовом ходе не выполняет своей физиологической функции, и эвакуация секрета продолжает осуществляться мерцательным эпителием через естественное соустье.

В последнее время большое распространение получили способы эндоназальной полисинусотомии с щадящей коррекцией внутриносовых структур. В случае острого полисинусита необходимо сначала провести санацию гнойного процесса, а затем выполнить корригирующее внутриносовое вмешательство. При хронических синуситах корригирующие операции должны предшествовать консервативному лечению, так как с восстановлением дыхательной функции и аэрации околоносовых пазух их санации добиться проще. Поэтому следует считать оправданной тактику одномоментной операции. Она устраивает больных, которые достигают выздоровления в кратчайший срок с минимальным числом хирургических вмешательств, позволяет санировать гнойный процесс и восстановить утраченные функции околоносовых пазух.

В.С.КОЗЛОВ (Ярославль)

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

Эндоскопия и компьютерная томография позволяют получать качественно иного уровня информацию о состоянии внутриносовых структур. Это дает возможность уточнить не только локализацию участков поражения слизистой оболочки, но и анатомические причины, обуславливающие хроническое течение процесса. Проведена компьютерная томография носа и околоносовых пазух, а так же эндоскопия у 162 больных. У всех диагностированы патологические изменения нескольких внутриносовых структур. Типичный пример: искривление с гребнем носовой перегородки, Concha bullosa, гипертрофия нижних носовых раковин, поли- или пансинусит. Варианты могут быть самыми различными. Естественно, возникает вопрос: какое оперативное вмешательство будет оправдано в подобной ситуации?

Знакомство с результатами такой работы ведущих отечественных и зарубежных хирургов, а так же собственный опыт привели нас к выводу о том, что целесообразно проводить одномоментную реконструкцию всех деформированных структур. Что понимается под данным термином?

Основная идея - создание условий для свободного прохождения воздуха через нос и обеспечение транспорта секрета из ОНП при условии сохранения носовых раковин и удаления всей патологически измененной слизистой оболочки. Для реализации данной идеи требуется неукоснительное соблюдение следующих условий:

1. Предоперационная диагностика, включающая компьютерную томографию в коронарной проекции и эндоскопию.
2. Хорошее знание топографической анатомии.
3. Свободное владение следующими операциями и манипуляциями: септопластика по Котле и Виганду, эндоназальная пансинусотомия, резекция Concha bullosa, инфундибулотомия, подслизистая вазотомия, наложение швов в глубоких отделах носовой перегородки.
4. Готовность хирурга к адекватным действиям при возникновении сильного кровотечения, ранении орбиты и проникновении в полость черепа.
5. Наличие адаптированного к ЛОР-операциям анестезиолога, который может проводить внутривенный и интубационный наркоз с возможностью управляемой гипотонии.

6. Соответствующий хирургический инструментарий.

7. Высококвалифицированная операционная сестра.

С учетом указанных условий проведены хирургические вмешательства у 154 больных. Мужчин было 58, женщин 96. Возраст больных от 12 до 67 лет. Средний возраст - 37 лет. Септопластика в комбинации с инфундибулотомией и резекцией латеральной стенки Concha bullosa выполнены у 24 больных, септопластика + пансинусотомия + вазотомия нижних раковин у 38 больных, септопластика + этмоидотомия у 49 больных, инфундибулотомия + микрогайморотомия у 41 больного, пансинусотомия + орбитотомия с парциальной резекцией бумажной пластинки у 2 больных.

Первичных операций было 138, больных, ранее оперированных в других клиниках, - 16. Осложнений было 4. У двух больных наблюдалась гематома мягких тканей нижнего века, не требующая дополнительной терапии. У двух больных возникло сильное кровотечение из зоны arteria sphenopalatina через 7 дней после операции, потребовавшее передней тампонады на сутки.

Результат считали отличным если, помимо нормализации носового дыхания, прекращения выделений из носа, исчезновения головной боли, удавалось сохранить носовые раковины и установить носовую перегородку по средней линии. Результат считали хорошим при отсутствии жалоб больного, но если при этом не удавалось сохранить среднюю раковину с какой либо стороны. Удовлетворительным результатом считали возврат носовой симптоматики при значительном снижении ее интенсивности. Отличные результаты получены у 118 больных, хорошие - у 30 больных, удовлетворительные у - 6 больных. Сроки наблюдения за больными составляют от 4 месяцев до 1,5 лет, что, на наш взгляд, не позволяет окончательно высказаться в пользу данного подхода, однако, предварительные результаты более чем обнадеживающие.

Г.И.МАРКОВ, А.Л.КЛОЧИХИН, В.А.КАРПОВ (Ярославль)

ПОЛИМЕРНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЛОБНО-НОСОВОГО СОУСТЬЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛОБНОЙ ПАЗУХЕ

Среди опухолей головы и шеи нередко встречаются различные новообразования лобных пазух и решетчатого лабиринта, что в процентном соотношении с другими локализациями в полости носа и околоносовых пазух по данным ВОИЦ АМН СССР составляют 23% (А.И.Пачес, 1983). В качестве радикального лечения больным с данной патологией производят расширенную фронтоэтмоидотомию. После оперативного вмешательства на лобных пазухах с наложением искусственного лобно-носового соустья в 30-40% случаев возникают рецидивирующие фронтиты. Причиной их является несостоятельность дренажной функции вновь образованного соустья, нарушение вентиляции оперированной пазухи. Профилактика облитерации лобно-носового соустья (ЛНС) является важнейшим звеном в реабилитации больных после расширенных фронтотомий. Работы по стабилизации ЛНС ведутся давно, предлагаются различные дренажные устройства и эндопротезы, а также модификации оперативной техники (В.С.Погосов, 1983; А.В.Староха и соавт., 1987; S.O.Donegan et al., 1987; Tran Va Huy et al., 1988). Результаты разноречивы и проблема продолжает оставаться актуальной.

В ЛОР-клинике ЯГМИ за 10-летний период выполнено 25 радикальных фронтотомий с наложением искусственного ЛНС больным по поводу остеомы лобной пазухи (7 пациентов), мукоцеле (9), кисты лобной пазухи (9). Для стабилизации ЛНС 19 из них произведены операции с использованием резиновых или полихлорвиниловых трубок (с остеомой - 7, с кистой - 7, с мукоцеле - 5). С целью реабилитации дренажной функции ЛНС у 6 больных (с кистой - 2, с мукоцеле - 4) впервые был использован полимерный эндопротез ЭФОС-1, 2, 3. Эндопротез, разработанный во ВНИИМТ, выполнен на основе биосовместимых полимеров, содержащих антисептик диоксидин и регенератор ротовую кислоту. Ранее мы имели положительный опыт использования аналогичного полимерного эндопротеза в реконструктивно-восстановительной хирургии гортани.

Полимерный эндопротез устанавливался таким образом, чтобы его верхний срез находился на уровне нижне-медиального угла дна лобной пазухи, а нижний - на уровне нижнего края средней носовой раковины. У всех больных после фронтотомий с эндопротезированием отмечалось гладкое послеоперационное течение, заживление первичным натяжением. Полимерный эндопротез извлекался из ЛНС в амбулаторных условиях под местной анестезией на 35 - 45 сутки. В сроки после операции от 6 месяцев до 3-х лет повторных обращений не было. В группе пациентов, оперированных с использованием резиновых и полихлорвиниловых дренажей процент рецидива фронтита в сроки от 6 месяцев до 3,5 лет составил 27%.

Таким образом, учитывая обнадеживающие результаты начатого исследования, мы считаем его полезным и перспективным в плане реабилитации больных после радикальной фронтотомий.

С.В.СЕРГЕЕВ, А.М.КОЗЛОВА, В.М.КУЛИКОВА (Пенза)

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФРОНТИТОВ

В лечении больных воспалительными заболеваниями лобных пазух много нерешенных проблем. Наиболее эффективным методом лечения полипозно-гноной формы фронтита является хирургическое вмешательство. Объем операции варьирует от диагностической фронтотомии до расширенной радикальной операции. На протяжении последних 10 лет в ЛОР отделении произведено 125 операций на лобных пазухах. У 47 больных выполнена расширенная радикальная операция в связи с наличием риносинусогенных внутричерепных осложнений. Наиболее сложным методом операции является этап формирования лобно-носового соустья. Его рубцовая облитерация приводит к рецидивам заболевания.

Операция в некоторых случаях может подстегнуть процесс остеообразования. Это особенно заметно в возрастной группе 25 - 30 лет, когда процесс роста лицевых костей завершается. Это, на наш взгляд, является одной из причин сужения лобно-носового соустья. Исходя из этого, мы старались образовать лобно-носовое соустье с наименьшей травмой костного массива Риделя. Образование соустья за счет решетчатой кости, на наш взгляд, является более обоснованным. Это позволяет попутно санировать пазуху решетчатой кости и уменьшает риск закрытия лобно-носового соустья. Поскольку это является более рискованным, чем снесение массива Риделя, для уточнения "зоны хирургической безопасности" мы применяем интраоперационную диафаноскопию. Путем

введения в средний носовой ход волоконной оптики можно уточнить индивидуальные анатомические особенности лобно-решетчатой области и провести операцию с меньшей травмой.

При оценке результатов операции установлено, что удалось добиться не только формирования стойкого лобно-носового соустья, но и санации всех пазух, вовлеченных в воспалительный процесс. Это связано с тем что, практически всегда он протекал по типу полисинусита. Эффективность операции зависит от качества образованного соустья лобной пазухи.

С.В.РЯЗАНЦЕВ (Санкт-Петербург)

ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ВИДИЕВА НЕРВА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНОСУИТОВ

Несмотря на то, что операция пересечения видиева нерва известна в оториноларингологии уже более 30 лет, она до сих пор не получила широкого распространения. Это связано со сложностью техники, опасностью хирургического вмешательства в зоне крылонебной ямки и возможностью тяжелых осложнений, таких как офтальмоплегия, амавроз и т. д.

С целью изучения зоны крылонебной ямки нами было произведено топографо-анатомическое исследование данной области на 101 трупе в сроки от 2 до 24 часов после наступления смерти. Также проводился рентгеноанатомический анализ зоны крылонебной ямки методом ангиографии на аппарате "Siemens-Elema" (86 наблюдений), обзорной рентгенографии черепа (73 наблюдения) и томография этой области (41 наблюдение). Рентгенографическое обследование позволило уточнить длину крыловидного канала, которая, по нашим данным, составила от 1,5 до 1,7 см. Ход каналов практически параллелен плоскости физиологической горизонтали, а по отношению к сагиттальной плоскости каналы отклоняются под углом 15° кзади и кнаружи.

Было произведено сравнительное топографоанатомическое изучение всех имеющихся к настоящему времени хирургических доступов к крыловидному каналу. Всего на трупах была выполнена 251 операция, из них трансантральным доступом по Nomura - 88; эндоназальным в различных модификациях - 86; в том числе по нашей собственной модификации - 45. Наиболее адекватными были признаны трансантральный субпериостальный и доступ по Nomura, а также разработанный нами эндоназальный трансептальный доступ.

Чтобы избежать тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с коагуляцией видиева нерва гальванокаутером, впервые для этих целей был применен НИАГ-лазер. Отработка параметров адекватной мощности и экспозиции лазерного излучения была выполнена в эксперименте на подглазничных нервах 15 белых лабораторных крыс, как наиболее близких к видиеву нерву по диаметру и условиям прохождения в костном канале. Проведенные гистологические исследования показали, что наиболее адекватной является плотность мощности порядка 2500 Вт/см при экспозиции 3-5 секунд.

Было произведено 70 операций пересечения видиева нерва у 35 больных хроническим полипозным риносинуситом в возрасте от 15 до 63 лет, при этом у 25 больных диагностировалась сопутствующая бронхиальная астма, в том числе у 15 больных - аспириновая триада. Всем больным ранее неоднократно производились полипотомии,

причем у 15 из них - 10 и более раз, 17 больным ранее были выполнены операции на решетчатом лабиринте, 12 - на верхнечелюстных пазухах, 3 - на клиновидных пазухах. У всех больных проводившееся ранее лечение было неэффективным.

В целях объективизации результата пересечения видиева нерва проводились измерение температуры слизистой оболочки носа с помощью электротермометра ТПЭМ-1; тест Ширмера, оценивающий степень снижения лакримации после пересечения видиева нерва и вариационная пульсометрия, базирующаяся на анализе изменений характера ритма сердечных сокращений после пересечения видиева нерва. Больные обследовались через 3 и 6 месяцев после операции, а также через 1, 1,5, 2 и 3 года.

В отдаленном периоде не наблюдалось роста носовых полипов, уменьшалась отечность и исчезала синюшность слизистой оболочки носа, снижалось количество слизистого секрета, восстанавливалась носовая проходимость. Объективные данные исследований также свидетельствовали о стойком положительном эффекте пересечения видиева нерва при полипозных риносинуситах, что позволяет рекомендовать предлагаемый метод в практику.

А.С.ЛОПАТИН, Г.З.ПИСКУНОВ (Москва)

НАШ ОПЫТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВНУТРИНОСОВОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

В последнее время функциональная внутриносовая эндоскопическая хирургия (ФВЭХ) становится наиболее популярным методом хирургического лечения хронических синуситов. Целью эндоскопической хирургии является устранение обструкции соустьев околоносовых пазух. Это сопровождается удалением крючковидного отростка, вскрытием пазух решетчатой кости и в ряде случаев резекцией средней носовой раковины.

Суммируя опыт 178 операций у 102 пациентов с гнойным, полипозным синуситом, кистами и мукоцеле, авторы предлагают использовать щадящую технику ФВЭХ. Во время операции важно помнить основополагающие принципы хирургии околоносовых пазух, сформулированные А.В.Проетц (1941) и не следовать рутинно техникам W.Messerklinger, M.E.Wigand и др. Чтобы избежать атрофических изменений слизистой оболочки и длительного образования корок в среднем носовом ходе, мы стараемся сохранить любую структуру полости носа и решетчатого лабиринта, если ее удаление не является абсолютно необходимым для излечения процесса в околоносовых пазухах. Следует быть максимально консервативным при выполнении следующих этапов эндоскопического вмешательства.

1. В соответствии с Proetz, операция не должна изменять направление воздушной струи в полости носа таким образом, чтобы она направлялась к естественным соустьям пазух. Поэтому мы предпочитаем не удалять крючковидный отросток, а резецировать его задний край и только в тех случаях, когда это необходимо для обеспечения адекватного доступа к инфундибулум. 2. По этой же причине нет необходимости резецировать передний или задний конец негипертрофированной средней носовой раковины во время операции на лобной или клиновидной пазухе. 3. Расширение максиллярного отверстия лучше производить только в одном направлении (предпочтительно кпереди), оставляя остальные края интактными. Мы также не рекомендуем удалять слизистую лобно-носового соустья или расширять его при помощи долота или бора.

С.З.ПISКУНОВ (Курск).

НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОСВОЕНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РИНОХИРУРГИИ.

Использование жестких эндоскопов Хопкинса открывает принципиально новый этап в развитии функциональной эндоскопической хирургии носа и околоносовых пазух. Методики и техника эндоназальных операций при поражениях носа и околоносовых пазух, возможные осложнения подробно изложены в работах зарубежных авторов (W.Messerklinger, 1972; D.Kennedy, 1985; M.Wigand, 1990; H.Stammberger, 1990). В отечественной литературе к первым значительным работам, обобщающим результаты собственных эндоскопических вмешательств следует отнести сообщения Г.З.Пискунова, А.С.Лопатина (1992), А.С.Лопатина (1993).

На основании личного опыта освоения и повседневного использования различных методов эндоскопических внутриносовых вмешательств считаем необходимым осветить некоторые проблемы, имеющие исключительно важное значение в формировании у оториноларинголога понимания целесообразности и патогенетической обоснованности эндоскопических операций и дать рекомендации, как переходить от традиционных к функциональным методам внутриносовой хирургии.

1. Оториноларингологи не знают физиологии и анатомии остиомаентального комплекса, воронки, полулунной щели, носовых раковин, пазух решетчатой кости, которые являются определяющими для понимания концепции, обосновывающей показания, характер и объем операций на эндоназальных структурах. Поэтому при осмотре больного подавляющее большинство врачей не обращает внимания на состояние воронки, среднего носового хода, средней носовой раковины, ограничиваясь оценкой общего носового хода, свободного края носовых раковин, в первую очередь, нижних.

2. При выполнении полипотомии носа, конхотомии, этмоидотомии традиционными методами не предусматриваются цели сохранения органа, а операция производится как органоразрушающая. Вскрытие решетчатого лабиринта производится, как правило, со стороны его медиальной стенки, что сопровождается удалением средних и верхних носовых раковин, значительной части обонятельного анализатора.

3. Использование эндоскопического подхода позволяет выполнить одновременно комплекс хирургических вмешательств, зависящих от характера и распространенности патологического процесса: полипотомию носа, этмоидотомию, фенестрацию верхнечелюстной пазухи, вскрытие лобного кармана, конхотомию, вскрытие основной пазухи, удаление полипов и кист из верхнечелюстной пазухи. В случае необходимости перечисленные операции могут быть выполнены одновременно с двух сторон под местной анестезией и практически бескровно. Оптимальный функциональный результат эндоскопические операции дают у больных, которым ранее не проводились органоразрушающие операции в полости носа.

4. Освоение эндоназальных функциональных операций требует длительной целенаправленной работы. Мы считаем, что на первом этапе после изучения анатомии полости носа необходимо научиться выполнять хирургические вмешательства в области воронки, описанные Г.З.Пискуновым, А.С.Лопатиным (1992). Они могут быть освоены без использования эндоскопа. Начиная работать с эндоскопом, хирургу необходимо обратить

внимание на следующие моменты: удобное расположение эндоскопа, наконечника электроотсоса, хирургических инструментов; умение правильно держать эндоскоп и контролировать зону хирургического вмешательства; научиться координировать работу глаза и руки, держащей инструменты. Пока не будут отработаны эти детали хирург в связи со значительной продолжительностью операции будет испытывать усталость, неуверенность в ожидаемом функциональном исходе. Научившись синхронно и продуктивно работать с эндоскопом, хирург не испытывает никаких затруднений при переходе к выполнению операций под контролем монитора.

Т.М.ЯНБОРИСОВ (Уфа)

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭТМОИДОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗА НОСА

Хронический полипозный риносинусит остается трудноразрешимой проблемой как с точки зрения хирургического, так и с позиции этиопатогенетического лечения. Работами W.Messerklinger и H.Stammberger было доказано, что в области контакта слизистых оболочек противоположащих поверхностей в полости носа наступает остановка мукоцили-арного транспорта, гиперсекция, расширение сосудов. Теория, предложенная H.Stammberger (1988) объясняет этот феномен освобождением в слизистой оболочке субстанции Р и биогенных аминов, вызывающих расширение сосудов, гиперсекрецию, экстравазацию. Это, в свою очередь, усиливает отек, формирует развитие порочного круга.

Мы изучали особенности анатомического строения среднего носового хода у 32 больных полипозным синуситом, у которых ранее производились многократные полипо-томии без вмешательств на решетчатом лабиринте. Использовались компьютерная томография околоносовых пазух в коронарной проекции и оптическая эндоскопия. Впоследствии всем больным была выполнена эндоназальная этмоидотомия по методу W.Messerklinger.

Были обнаружены следующие анатомические особенности:

1. Резкое отклонение средней носовой раковины в медиальном направлении, что привело к тесному контакту раковины с перегородкой носа и полностью блокировало обонятельную область - у 30 пациентов.

2. Значительное выбухание в области *agger nasi*, обусловленное перерастяжением передней группы пазух решетчатой кости полипами, - у 12 пациентов.

3. Парусовидный крючковидный отросток, представляющий собой складку слизистой оболочки и практически лишенный костной основы - у 8 пациентов. В 4 случаях наблюдался округлой формы дефект крючковидного отростка, через который пролабировал полип из полунной щели.

4. Ограниченное или тотальное разрушение основной пластинки решетчатой кости - у 28 больных.

5. Наличие полипозной ткани на нижней и медиальной поверхностях средней носовой раковины отмечено у 10 больных, а полипы в сфеноэтмоидальном пространстве - у 8 больных.

Учитывая возможную роль описанного выше патофизиологического механизма, мы стремились в ходе операции освободить носовые ходы от полипозной ткани, исключить

контакт слизистых оболочек. С этой целью производилось смещение средней носовой раковины кнаружи, что восстанавливало проходимость общего и вновь образованного после инфундибулотомии среднего носового хода. Производилась ревизия соустьев верхнечелюстных и лобных пазух, сфеноэтмоидального кармана. Гиперсекреция, инфильтрация слизистой оболочки, а также описанные выше анатомические отклонения при распространенном полипозе затрудняют ориентировку в полости носа и делают эндоназальную этмоидотомию по методу W. Messerklinger достаточно сложным оперативным вмешательством. Этот метод позволил нам получить обнадеживающие результаты у 27 больных с рецидивирующим полипозом.

Таким образом, эндоназальная этмоидотомия по методу W.Messerklinger при распространенном полипозе является сложным оперативным вмешательством. Сложность обусловлена изменениями архитектоники среднего носового хода, носовых раковин, воспалительными изменениями слизистой оболочки полости носа.

Целью операции является щадящее удаление полипозноизмененной ткани и восстановление нормального положения структур полости носа. При этом необходимо избегать контакта слизистых оболочек. Ближайшие (при сроке наблюдения до 1 года) удовлетворительные результаты получены у 84,3% больных. Однако, применение данного метода не предупредило рецидива полипоза у 5 больных. Необходимы дальнейшие исследования для разработки комплексного противорецидивного лечения полипоза носа.

Риносептопластика

Е.Х.ХОЙЗИНГ (Утрехт, Нидерланды)

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОРРИГИРУЮЩАЯ ХИРУРГИЯ НОСА: ЕЕ РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

В последние десятилетия был достигнут значительный прогресс в функциональной корригирующей хирургии перегородки, хрящевого и костного отделов пирамиды носа. Данное сообщение представляет собой обзор последних достижений в этой области.

I. Реконструктивная и консервативная хирургия перегородки носа.

Современное вмешательство на перегородке носа состоит из 6 стадий: 1. Доступ, 2. Мобилизация, 3. Резекция (насколько необходимо для репозиции), 4. Репозиция, 5. Реконструкция, 6. Фиксация.

- Доступ к перегородке носа осуществляется через гемитрансфикционный разрез, поскольку он делает доступными все отделы перегородки, ее основание и дно полости носа.

- Туннели прокладываются в соответствии с требованиями конкретной ситуации, иногда применяется максиллярно-премаксиллярный подход по Cottle.

- Перегородка мобилизуется путем отделения ее основания от максиллы и премаксиллы, разрезов хряща по линиям переломов и отделения четырехугольного хряща от перпендикулярной пластинки (задняя хондротомия).

- Резекция хряща производится только в пределах, необходимых для репозиции. Костные девиации корригируются путем перелома, гребни резецируются. Все удаленные фрагменты сохраняются в физиологическом растворе.

- После этого выполняется репозиция перегородки. Производится реконструкция костного отдела путем реимплантации маленьких кусочков хряща и кости (мозаичный тип реконструкции). Дефекты хрящевого отдела реконструируются посредством реимплантации пластинок аутохряща (пластинчатый тип реконструкции), иногда используется реберный аутохрящ. Пластинки хряща устанавливаются в нужном положении наводящими швами и фиксируются трансептальными и септо-колумеллярными швами.

II. Хирургия перегородки носа у детей.

Описанная выше техника выполнима и у детей. Показания к операции следующие: 1. Нарушение носового дыхания или 2. Очевидность усугубления деформации наружного носа как результат патологии перегородки.

Наблюдения показывают, что щадяще выполненное вмешательство на перегородке носа не сказывается на росте перегородки и пирамиды носа.

III. Реконструкция перегородки носа при ее абсцессе в острой стадии.

Лечение абсцесса перегородки носа состоит из трех элементов: дренаж, общая антибиотикотерапия и реконструкция дефекта в острой стадии. После дренирования и удаления содержимого абсцесса дефект скелета перегородки немедленно закрывается одной или двумя пластинками реберного аллохряща, аутогенными фрагментами решетчатой кости или хрящом ушной раковины. Наблюдения в ближайшем и отдаленном периоде

доказали, что этим методом можно предотвратить развивающуюся впоследствии деформацию наружного носа.

IV. Лечение горба носа.

Обычно горб удаляют долотом и/или рашпилем. В результате может развиваться так называемый синдром "открытой крыши". Удаление горба должно сопровождаться остеотомиями и закрытием дефекта в костной спинке носа.

Более элегантная техника - билатеральная резекция клиновидных участков кости у основания костной пирамиды носа. Этим методом выступающая пирамида носа и горб могут корригироваться без вмешательства на спинке носа.

V. Коррекция коллапса крыльев носа.

Коррекция коллапса крыльев носа прежде всего требует правильной диагностики, так как он может быть вызван патологией: 1. каудального отдела перегородки, 2. медиальной ножки крыльчатого хряща, 3. колумельлы, 4. крыла и 5. носового клапана. При лечении этого синдрома нельзя стандартно использовать методы коррекции крыла носа, нужно устранять конкретную причину, вызвавшую нарушение носового дыхания.

К.Н.ВЕРЕМЕЕНКО, И.В.РУШНЕВСКИЙ, В.Е.МАКАШЕВ, А.И.КИЗИМ
(Киев)

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРОВ ФИБРИНА ИЗ АУТОГЕННОЙ КРОВИ В РИНОХИРУРГИИ

За рубежом накоплен большой опыт применения полимеров фибрина в качестве гемостатических и адгезивных средств при различных хирургических вмешательствах, а также препаратов, ускоряющих заживление ран. Налажен промышленный выпуск специальных наборов "фибринового клея" под названием "Гисукол" (Австрия), "Берипласт" (Германия). Эти препараты стоят дорого для их применения в отечественных клиниках. В странах СНГ наборы биополимеров фибрина не выпускаются, хотя потребность в них велика. Все это побудило нас создать отечественные препараты полимеров фибрина с целью их использования в оториноларингологии и, в частности, в ринопластике.

В лаборатории биохимии Киевского НИИ оториноларингологии им. А.И.Коломийченко созданы полимер: фибрина, которые включают фибриноген, полученный из аутогенной плазмы крови, тромбин с активностью 100 NIH, ионы кальция и ингибитор протеолиза. Непосредственно перед применением фибриноген растворяется в физиологическом растворе, к которому добавляется ингибитор протеолиза - контрикал (5000 АТрЕ) (1-й компонент). 2-й компонент фибринового полимера готовится путем растворения тромбина (100 NIH) в 1мл 0,44% раствора хлористого кальция. Оба компонента в равных объемах набираются в отдельные шприцы и последовательно наносятся на поврежденные биоповерхности. Ткани сближают и фиксируют в нужном положении.

Экспериментальные исследования на животных показали, что полученные нами полимеры фибрина обладают гемостатическим эффектом, выраженной склеивающей способностью, ускоряют репаративные процессы и, в отличие от синтетических полимеров, не оказывают токсического воздействия на окружающие тканевые структуры.

В клинике аутофибриновые композиции как в отдельности, так и в сочетании с аутоканями и деминерализованной аллокостью, использовались у больных с различными деформациями наружного носа (25 человек), искривлением перегородки носа (58 человек), после пластических операций на лобных и верхнечелюстных пазухах (30 человек). Косметические и функциональные результаты всех перечисленных операций были хорошими. Ни у одного больного не было отмечено отторжения или нагноения трансплантата на основе полимеров фибрина, а также какой-либо выраженной местной или общей реакции тканевой несовместимости. Полученные данные позволяют рекомендовать применение полимеров фибрина в различных областях ринохирургии.

ФРЕД ДЖ. СТУКЕР (Шривепорт, Луизиана, США)

СТРУКТУРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ ПОВТОРНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УШНОГО ХРЯЩА

Грозным осложнением носовой хирургии является коллапс хрящевого остова носа. Избыточная резекция хряща, чрезмерное удаление горба и возможная резорбция могут приводить к потере каудальной частью носа своей хрящевой опоры. Существуют различные степени этих деформаций: от небольших локальных дефектов до полной утраты хрящевого остова. Приводятся возможные причины и методы хирургической коррекции этой патологии. Автор предостерегает от определенных хирургических приемов, которые могут привести к коллапсу хрящевого отдела носа. Основой данного сообщения является серия повторных ринопластик у 67 пациентов. Эволюция представляемой хирургической техники прослежена в течение 13-летнего периода.

А.С.СТАРОХА, В.Э.ПЮНТЕР (Томск)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ СПЛАВОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РИНОХИРУРГИИ

К настоящему времени можно с уверенностью констатировать, что медико-технические исследования по разработке и обоснованию применения сверхэластичных сплавов с памятью формы успешно трансформировались в перспективное научное направление, которое стремительно вторгается в повседневную практику лечебной работы, в том числе и в оториноларингологии. Специалисты этой области одними из первых активно включились в экспериментальную и клиническую оценку значимости разработанных в Российском медико-инженерном центре оригинальных материалов и внесли существенный вклад, расширив сферу их медицинского применения.

Ориентация на использование медицинских полифункциональных сплавов на основе никелида титана позволила разработать новые эффективные способы хирургического

лечения, которые, конкурируя с традиционными, широко применяемыми методиками оперирования, вытесняют их, так как дают лучшие результаты. Здесь, прежде всего, заслуживают внимания экспериментальные разработки. Создан принципиально новый класс ринохирургических инструментов с изменяемой геометрией формы рабочей части (Пат. 1507332; 1709591). В данных конструктивных решениях реализованы пластические и прочностные свойства никелида титана марки ТН-20, способного выдержать до 10 циклов деформации без разрушения в интервале температур 20-40°С. При изменении формы рабочей части инструмента режущая кромка сохраняет свои свойства. Использование такого инструментария, интраоперационно адаптируемого к конкретным анатомическим условиям значительно упрощает методику щадящей эндоназальной эндоскопической операции на околоносовых пазухах, благодаря чему сужены показания к радикальным экстраназальным доступам, влекущим неоправданную резекцию интактных участков кости. Новые возможности для эндоназальной микрохирургии появились с разработкой самофиксирующегося носорасширителя (Пат. 1405824). Выполнение устройства с памятью формы из проволочного каркаса сводит к минимуму площадь, перекрывания эндоназальной поверхности, расширяет возможности манипулирования микрохирургическими инструментами, обеспечивает условия термобезопасности окружающих тканей при СО₂ - лазервоздействии в глубоких отделах полости носа.

Примером эффективного использования памяти и пластичности в инструментальной разработке является электрокаутер, петлевой наконечник которого выполнен из никелида титана с температурой формовосстановления выше температуры тела человека (Пат. 1651875). Задаваемое хирургом изменение формы наконечника и последующее восстановление под воздействием тока его первоначальной конфигурации повышает морфо-функ-циональный эффект субмукузной термодеструкции при хронических ринитах.

Широкое применение в медицинской практике нашли автономные криохирургические инструменты (криоаппликаторы, криодеструкторы) из пористого пронцаемого никелида титана (Пат. 1616628). Благодаря регулируемой сквозной пористости данного материала обеспечивается наполнение крионаконечника хладагентом и постепенное его испарение, чем достигается увеличение экспозиции криовоздействия без примораживания (прилипания) тканей по сравнению с использованием традиционных инструментов аналогичного назначения.

Комплекс свойств, отражающих биологическую инертность сплавов на основе никелида титана, эффекты памяти формы и сверхэластичности явились предпосылкой для создания имплантируемых конструкций, удобных по форме для введения в труднодоступные области ЛОР органов и реализующих свои функции после имплантации в результате в восстановления заданной формы. Типичным примером использования в оториноларингологии таких временно имплантируемых самофиксирующихся конструкций являются эндопротезы-дилататоры из сплава ТН-10 для формирования просвета полых органов. Вид и форма конструкций определяются в соответствии с конкретной ситуацией. Они способны дилатировать пищевод, трахею и обеспечить их адекватную реканализацию, например при опухолевом стенозе. В ринохирургии дилататоры из никелида титана нашли применение при формировании реконструированных хирургическим путем хоан и лобно-носового соустья (Пат. 1397035).

Высокая стабильность физико-механических характеристик сплавов с памятью формы и возможность программного управления параметрами формоизменения дают возможность получать сверхэластичные имплантаты с "памятью", которые не только выполняют возложенную на них функциональную задачу, но и являются неотъемлемой частью структуры организма, обеспечивая гармоничное функционирование. При замещении дефекта кости пористым имплантатом из сверхэластичного никелида титана или

сплава на его основе система кость-имплантат после прорастания в поры костного вещества также сохраняет свойства сверхэластичности, т.е. выполняется условие биомеханической совместимости.

Анализ клинического материала показывает высокую эффективность применения пористых пластин из никелида титана для армирования дубликатуры слизистой оболочки перегородки носа при ее резекции по Киллиану, а также при лечении абсцесса перегородки носа (Пат. 1650105). Наряду с восстановлением архитектоники полости носа и ее функций в таких случаях предупреждается западение спинки носа, существенно сокращаются сроки лечения.

Перспективным направлением в ринохирургии явилось замещение костных дефектов имплантируемыми пластинками из проницаемого никелида титана (Пат. 1643009). Имплантат прочно оссифицируется при эндопротезировании окончатых дефектов костных стенок околоносовых пазух. Образующаяся нежная рубцовая ткань над имплантатом не ограничивает подвижности мягких тканей лица, что имеет важное значение в пластической хирургии. Данный способ восстановления анатомической структуры и функции околоносовых пазух нашел широкое применение при их травматических повреждениях, при хирургической санации по поводу остеомиелита, муко- и пиоцеле, при удалении крупных остеом и ряде других деструктивных процессов, обуславливающих необходимость восстановления стенок пазух и глазницы.

Дальнейшим шагом в развитии этого заболевания явилось создание технологии получения объемных и сложных по конфигурации эндопротезов, анатомически соответствующих восполняемым костным дефектам таких локализаций, как лобно- и носоглазничная области, скуло-глазничной и скуло-глазнично-верхнечелюстной комплексы. Как показали клинические наблюдения (отдаленные результаты прослежены в сроки от 2 до 6 лет), подобными имплантируемыми пористыми эндопротезами можно успешно замещать перечисленные утраченные фрагменты лицевого скелета с обеспечением воздушности лобной и верхнечелюстной пазух, производить коррекцию положения глазного яблока или создавать предпосылки к его эффективному косметическому протезированию. Располагая набором эндопротезов, хирург оперативно реализует возможность выбора из нескольких вариантов подходящего в конкретной ситуации эндопротеза или их комбинации, что позволяет при устранении обширных сочетанных дефектов средней и верхней зон лица добиться надлежащего косметического эффекта.

Обнадеживающие результаты успешно проведенного имплантационного эндопротезирования у 37 больных при радикальном удалении злокачественных новообразований челюстно-лицевой области с предоперационным курсом фотонной лучевой терапии открывают новые возможности для краниофациальной реабилитации в онкологической практике.

М.Н.НЕСРИН, АБУ РМЕЙЛЕХ (Санкт-Петербург)

НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА И ИХ УДАЛЕНИЕ ЛАЗЕРОМ.

Для удаления новообразований кожи наружного носа у 307 больных использовали лазер ЛТН-102 с длиной волны луча 1,06 мкм, генерируемого в кристалле иттрий-алюминиевого граната с неодимом.

Операция состояла из двух этапов: удаление новообразования и обработка сформировавшейся экскавации. Циркулярный разрез кожи при выходной мощности лазера 15-20 ватт/см по периметру опухоли делал ее мобильной. Опухоль захватывали глазным пинцетом и, слегка подтягивая кверху, отсекали ее основание от субэпидермального слоя короткими импульсами. Второй этап операции состоял в тщательной обработке краев кратера лазерным лучом. Луч направляли тангенциально в подэпидермальный слой, щадя эпидермис. Этот момент считаем принципиально важным, так как с помощью подобного приема достигается двойная цель: абластичность и максимальная сохранность эпидермиса по краю дефекта, что способствовало в дальнейшем сокращению сроков заживления.

Восстановление кожных покровов за счет эпителизации имело место при площадях не превышающих 9 мм. При больших дефектах формировался рубец. Сроки заживления определялись величиной дефекта и реактивностью организма пациента. В среднем полное заживление наступало через три-четыре недели при условии соблюдения больным определенных гигиенических требований. При рубцовом замещении кожного дефекта келоидизации не было, но требовалось 4-6 месяцев для выравнивания цвета рубца с тоном окружающей кожи. Отметим два случая рецидива папилломы крыла носа у детей. Реоперации прошли успешно. Срок наблюдения за больными от 3 до 5 лет.

Мы пришли к заключению, что альтернативы контактной лазерной технике иссечения новообразований в этой зоне практически нет.

Р.Р.МАЧУЛАЙТИС, И.К.ИЛЬЯСОВ (Санкт-Петербург)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛАЗЕРНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Высокоинтенсивные хирургические инфракрасные лазеры широко используются для удаления доброкачественных новообразований кожи, таких как папилломы, капиллярные гемангиомы, простые и себорейные бородавки, различные невусы и другие новообразования. По данным различных авторов, хороших результатов удается достичь в 95% случаев. Однако, из негативных свойств лазерного удаления новообразований кожных покровов большинство авторов отмечает образование рубцовых изменений или депигментированных пятен, что может привести к существенному косметическому дефекту. Образование Рубцовых изменений кожи, по-видимому, объясняется замедлением резорбции облученной лазером ткани и большой площадью облучения кожных покровов, что может являться результатом использования постоянного режима работы лазера и высоких мощностей излучения.

Нами разработана методика облучения и послеоперационного воздействия на ткань, которая существенно снижает возможность возникновения косметических дефектов после лазерного удаления новообразований кожи. В качестве наиболее щадящего мы использовали импульсный режим работы НИАГ-лазера с частотой 6 и 12 Гц с энергией в импульсе 250 мДж. Предложенный режим работы НИАГ-лазера снижает зону некроза облученной ткани до минимальных величин, а сроки заживления раны уменьшаются вдвое по сравнению с режимом постоянного облучения лазера.

В целях профилактики образования послеоперационного рубца после лазерного удаления новообразования мы применяли протеолитические ферменты (химотрипсин, химопсин) и коллагеназу. На основе этих препаратов приготавливалась мазь, которая ежедневно наносилась на поверхность лазерной раны. Рана быстро очищалась и заживление проходило без признаков воспаления. Мы использовали и электрофорез лидазы

непосредственно на раневую поверхность. Ни в одном из случаев мы не наблюдали образования грубых рубцов и депигментированных пятен.

Таким образом, предложенный нами импульсный режим лазерного воздействия на ткани кожи и последующая послеоперационная обработка раны протеолитическими ферментами практически исключают возможность образования косметических дефектов после лазерных операций на кожных покровах.

В.Ф.АНТОНОВ, В.А.АКСЕНОВ, МАЖДИ МОХАМЕД АХМЕД ДЖИЛЛАД
(Москва)

СПОСОБ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

При перфорации носовой перегородки во время дыхания возникает свист, возможны носовые кровотечения, образование корочек. В связи с этим возникает необходимость пластического закрытия перфорации. Известны различные методы лечения перфораций носовой перегородки, но они не исключают повторного возникновения перфорации. Поэтому мы применили способ пластики дефекта перегородки носа, который осуществляем следующим образом. Положение больного горизонтальное с приподнятой головой. После аппликационной анестезии 5% раствором кокаина (или 2% раствором дикаина) и инфильтрационной 1 % раствором новокаина скальпелем выкраиваем лоскут вдоль нижней носовой раковины сзади наперед с ножкой у ее переднего конца. Свободный конец лоскута поворачиваем раневой поверхностью к перегородке носа. Затем производим циркулярный разрез слизистой оболочки вокруг перфорации, отступая от краев на половину ее диаметра. Начиная от внутреннего края разреза, осторожно отслаиваем слизистую оболочку по направлению к перфорации. Таким образом, формируем один слой для закрытия дефекта. На раневую поверхность, образованную после создания первого слоя, укладываем лоскут из нижней носовой раковины и осторожно фиксируем его несколькими кетгутowymi швами или биологическим клеем. По нижнему носовому ходу за лоскут вводим марлевую турунду с индифферентной мазью. Через неделю больного выписываем, а спустя 2-3 недели после операции и 2-3 - дневной тренировки лоскута путем пережатия ножки мягким зажимом на 10 - 15 минут два раза в сутки, последнюю отсекаем ближе к перегородке, а оставшуюся часть ножки после подготовки ложа укладываем на бывшую материнскую основу. При больших перфорациях возможно ее закрытие с использованием лоскутов с обеих сторон.

По данной методике оперировано 16 больных в возрасте от 16 до 65 лет. У 10 больных причиной возникновения перфорации была подслизистая резекция носовой перегородки, в 2 наблюдениях - травма носа, а у остальных (4) - атрофия слизистой оболочки. Больные наблюдаются после операции до 10 лет. Рецидива перфорации не отмечено.

Таким образом, предложенный способ является надежным, исключает возникновение рецидива, и более физиологичным, нежели известные ранее. В то же время существуют и определенные трудности при выкраивании лоскута: мешает кровотечение во время операции, необходим специальный инструмент (нож по типу аденотома) для выкраивания лоскута из задних отделов нижней носовой раковины. Операция требует хорошей хирургической подготовки, опыта эндоназальных операций.

Ю.Н.СЕРГЕЕВ (Москва)

ОСОБЕННОСТИ РИНОПЛАСТИКИ СТЕБЕЛЬЧАТЫМИ ЛОСКУТАМИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПОСЛЕ ОЖОГОВ

Наиболее грубые дефекты и деформации в средней зоне лица (СЗЛ) наблюдаются после электротермических, глубоких химических и термических ожогов. Такие повреждения СЗЛ чаще бывают комбинированными в области носа и орбиты, а также лба, щек и губ.

За период с 1977 по 1993 г. в клиниках челюстно-лицевой хирургии ММА, МОНИКИ и ЦНИИС наблюдались 182 пациента с послеожоговыми дефектами и деформациями лица, среди которых изменения носа имели место у 98 чел. (53,8%). Изолированные поражения носа были лишь у 20 чел. У 75 больных причиной травмы носа были термические ожоги, у 12 - электротермические, у 9 - химические, у 2 - лучевые. Хирургическое лечение проведено 87 больным, из них 15 - дермобразии. Для восстановительных операций при дефектах и деформациях наружного носа после ожогов применили различные способы пластики местными тканями, свободными дермотрансплантатами и стебельчатыми лоскутами. Во многих случаях указанные методы применяли в разных комбинациях как по ходу одного вмешательства, так и на этапах восстановительного лечения.

При тотальных и субтотальных дефектах носа, а иногда и при частичных дефектах кожной части перегородки, крыльев- и кончика носа нами эффективно использованы стебельчатые лоскуты В.П.Филатова и его модификации. Одним из них является артериализованный кожно-жиро-фасциальный лоскут на питающей ножке с грудной клетки, так называемый дельтопекторальный лоскут (ДПЛ).

Ринопластику филатовским стеблем (ФС) или ДПЛ при дефектах носа у 14 больных проводили по методике проф. Ф.М.Хитрова. Во всех наблюдениях ФС (после поэтапной миграции) или ДПЛ (на 1-ом этапе) мигрировали концевой частью к корню носа, по приживлению которой питающую ножку отрезали. При ринопластике внутреннюю эпителиальную выстилку формировали за счет местных тканей с краев дефекта, а наружную создавали из распластанного и частично обезжиренного стебельчатого лоскута. В последнее время мы чаще использовали для ринопластики ДПЛ (всего у 8 пациентов), который позволил сократить сроки реабилитации больных в 2-3 раза, а также гарантировать приживление стебля за счет хорошего кровоснабжения.

Небольшими ФС, заготавливаемыми на плече или шее, замещали дефекты кожно-хрящевой отдела перегородки и кончика носа. Позже, после ринопластики стебельчатыми лоскутами проводили хондропластику спинки и перегородки носа.

Учитывая сложности ринопластики стебельчатыми лоскутами в условиях рубцово измененных плохо васкуляризованных мягких тканей по краям дефектов носа, до и после оперативных вмешательств проводились разнообразные подготовительные, а затем противоречивые мероприятия с использованием гипербарической оксигенации, лазеротерапии, вибромассажа, физиотерапии и медикаментозного лечения препаратами с литическим

воздействием на рубцы. Получены вполне удовлетворительные косметические и функциональные результаты.

И.И.ТОМИЛОВ, В.С.ЗАЯЦ (Екатеринбург)

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА И ПОЛОСТИ НОСА

Реконструктивные операции ставят своей целью устранение косметических дефектов лица и восстановление носового дыхания. При выборе метода операции следует учитывать различные варианты индивидуального развития лицевого скелета. Наиболее частые варианты деформации наружного носа: боковое искривление (сколиоз), горбоносость (кифоз), западение спинки носа (лордоз), узконосость (лепториния), дефекты наружного носа. Нередко деформации наружного носа сочетаются с нарушением носового дыхания.

Нарушение носового дыхания может быть обусловлено разными причинами: искривлением носовой перегородки, увеличением носовых раковин, присасыванием крыльев носа, утолщением сошника, атрезией хоан, синехиями полости носа, вазомоторным ринитом и др.

Прямыми показаниями к хирургическому лечению являются косметические и функциональные расстройства. Наличие тех или иных деформаций наружного носа сказывается на психическом состоянии больных, особенно у лиц с повышенной или извращенной эстетической чувствительностью. Поэтому вопросы пластической хирургии важны не только с косметической точки зрения, но и с точки зрения предупреждения и лечения расстройств нервной системы.

Важным моментом является правильное определение причины нарушения носового дыхания. Оценка его не всегда бывает правильной. Нередко при банальном искривлении носовой перегородки нарушение носового дыхания связано с присасыванием крыльев носа, гиперплазией слизистой оболочки в области сошника, утолщением передних отделов носовой перегородки, гипертрофией задних концов нижних носовых раковин, естественной узостью просвета носовой полости и др. Первоочередной задачей является устранение этих причин нарушения носового дыхания. Реконструктивные вмешательства должны проводиться щадящим способом с сохранением опоры носовой перегородки (по В.И.Воя-чеку). Данная операция имеет ряд преимуществ перед классической подслизистой резекцией носовой перегородки по Киллиану: не дает перфораций, западения спинки носа, флотации. Операция на перегородке носа должна сочетаться с устранением сколиоза.

За два года в ЛОР клинике Уральского ГМУ произведено 106 реконструктивных операций при сочетании деформации наружного носа и нарушения носового дыхания. При сроках наблюдения от 1 до 2 лет получены следующие результаты: хороший - у 72 больных, удовлетворительный - у 28, неудовлетворительный - у 6.

А.К.ПОКОТИЛЕНКО, И.В.РУШНЕВСКИЙ, В.Е.МАКАШЕВ (Киев)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУГОХРЯЩЕВОГО РЕИМПЛАНТАТА НА ОСНОВЕ АУГОФИБРИНОВОГО КЛЕЯ В ХИРУРГИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Для обоснования возможности использования в хирургии перегородки носа аутохрящевое реимплантат, созданного на основе аутофибриновых клеевых композиций (аутофибринового клея), нами прооперировано 24 кролика. У всех животных осуществлена пластика операционного дефекта костно-хрящевого скелета перегородки носа пластинкой, созданной на основе мелкодробленного участка резецированного аутохряща перегородки и аутофибринового клея. Животных выводили из эксперимента в сроки 1, 2, 3 недели; 1, 2, 3, 6 и 9 месяцев.

Микроскопически в течении одной - двух недель после реимплантации клеево-хрящевых пластинок определялась инфильтрация круглоклеточными элементами фибринового клея, окружающего каждую пластинку измельченного аутохряща. Фрагменты хряща выглядели бледнее чем интактный хрящ перегородки за счет гипохромии основного вещества. Расположенные ближе к центральным отделам хондроциты были набухшими и вакуолизированными, что указывало на их дистрофическое состояние, поскольку хрящевая ткань не имеет собственных кровеносных сосудов и продукты питания и кислород получает путем диффузии из окружающего перихондрия. Поэтому внутренние части хряща подвергаются большому риску гипоксии и дистрофии, особенно в экстремальных условиях имплантации и тем больше, чем крупнее и толще трансплантат.

К трехнедельному и месячному сроку между хрящевыми фрагментами фибриновый клей не визуализировался, поскольку произошла его организация, т. е. прорастание фиброретикулярной тканью, пролиферирующей из перихондрия материнского имплантационного ложа. Молодая грануляционная ткань окружала по периметру каждый из фрагментов хряща, сообщая ему диффузное питание. Постепенно восстанавливалась биохимическая структура основного вещества, которое приобретало свою нормохромную, явления дистрофии хондроцитов нивелировались.

В течение последующих шести - девяти месяцев от начала эксперимента фрагменты аутохряща, "замешанные" на фибриновом клее и реимплантированные в виде пластинки в материнское ложе, восстанавливали свои первоначальные тинкториальные особенности - базофилию основного вещества и в целом нормальную структуру хондроцитов. Реимплантированные и прижившие фрагменты хряща обрастали грубыми соединительнотканными волокнами-прослойками, которые спаивали их в единое целое - новую перегородку носа, заполняющую экспериментальный дефект. Если дефект перегородки носа захватывал и ее костную часть, то в соединительнотканые прослойки между хрящевыми фрагментами иногда вращались регенерирующие костные балки. Тогда хрящевые фрагменты оказывались замурованными в костную ткань.

Таким образом, результаты эксперимента показали большую перспективность и физиологичность применения в реконструктивных операциях на перегородке носа аутологичного хряща и фибринового клея как незаменимых биологических субстанций, выгодно конкурирующих даже с биодеструктивными ксенотрансплантатами.

С.В.СЕРГЕЕВ, А.М.КОЗЛОВ, И.Г.АРДАКОВ (Пенза)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НАРУЖНОГО И ВНУТРЕННЕГО НОСА

В течение 1990 - 1993 гг. нами прооперировано 23 больных с различными деформациями наружного носа. В большинстве случаев они сочетались с деформациями носовой перегородки и патологией носовых раковин. При выборе метода и объема оперативного вмешательства необходимо учитывать психический статус пациента. Недооценка этого фактора может быть причиной неудовлетворенности пациента результатом вмешательства. С другой стороны, операция может в ряде случаев оборвать патологическую цепь, ведущую к нервно-психическим заболеваниям.

Для успешного моделирования наружного носа в ходе операции наиболее важным является полноценная мобилизация фрагментов скелета. На наш взгляд, это может быть достигнуто только за счет остеотомии. Для устранения деформации наружного носа важна также мобилизация носовой перегородки. В случаях, когда перегородка не имеет значительного искривления, щадящая подслизистая резекция позволяет мобилизовать те ее отделы, которые связаны с наружным носом. В случаях деформаций перегородки носа типичная подслизистая резекция позволяет улучшить носовое дыхание и мобилизовать фрагменты наружного носа. В ряде случаев выполнялась реконструкция хрящевой (подвижной) части наружного носа. При любом вмешательстве необходимо оценить состояние слизистой оболочки носа. Это позволит избежать ее атрофии. Результаты наблюдения больных в сроки до 3-х лет свидетельствуют о том, что в большинстве случаев достигнут хороший косметический и функциональный эффект.

С.И.ОКС, Ю.А.МЕДВЕДЕВ (Новокузнецк)

ПРИМЕНЕНИЕ НИКЕЛИДТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В РИНОЛОГИИ

Реконструктивные операции в ринологии с применением тканевых трансплантатов применяются давно (В.Н.Павлов-Сильванский, 1912; А.А.Лимбер, 1930; С.А.Проскуряков, 1965; А.И.Дайхес, 1970; Л.Мартинкенас, Р.Балайтис, 1973 и др.). Применение синтетических имплантатов широкого распространения не получило из-за отсутствия пластичных "вживающихся" в ткани материалов (А.И.Дайхес, 1977). В 1978 году лабораторией медицинских сплавов МИЦ Сибирского физико-технического института разработан новый вид имплантатов из никелида титана. Положительные стороны применения таких материалов в оториноларингологии описаны А.В.Старохой (1990).

В ЛОР клинике им. проф. А.Н.Зимины Новокузнецкого ГИДУВа за 1992-1993 годы выполнено 22 реконструктивных операции с применением никелидтитанового сплава. Возраст больных - от 24 до 40 лет, мужчин - 18, женщин - 4. В качестве имплантатов использовались дисковые пластинки толщиной 0,5 мм с размером пор 100-300 мкм и

проволока диаметром 0,5 мм. Имплантаты готовились заранее и окончательно моделировались во время операции. Они использовались как самостоятельно, так и в сочетании с аутоотрансплантатами. Указанные синтетические материалы использованы у 5 больных для коррекции седловидного носа, у 2 - для замещения лобных отростков верхней челюсти, у 6 - при риносептопластике, у 3 - для коррекции концевого отдела носа. Проволочные имплантаты применялись в 4 случаях при риносептопластике и в 2 - при коррекции концевого отдела носа.

При динамическом наблюдении больных в ближайшем и отдаленном периоде после операции (до 2 лет) отмечены хорошие функциональные и косметические результаты. Заживление во всех случаях проходило первичным натяжением, сроки временной нетрудоспособности в послеоперационном периоде составляли 6-9 дней. Отличительными качествами никелидтитановых материалов являются возможность интраоперационного моделирования, способность к самофиксации, термомеханическая память, эластичность при температуре тела.

Б.П.КОКОША (Курск)

НАШ ОПЫТ КЛЕЕВОГО СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ И КРАТКОВРЕМЕННОЙ ТАМПОНАДЫ ПОСЛЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Одним из самых распространенных способов фиксации тканей перегородки носа после ее подслизистой резекции или септопластики до сих пор остается передняя марлевая тампонада на срок до 24 - 48 ч. Она тяжело переносится больными и может способствовать развитию ряда заболеваний и патологических состояний. Это вынуждает ринохирургов искать более рациональные методы фиксации перегородки носа.

В данном исследовании изучена возможность соединения тканей носовой перегородки цианакрилатным клеем МК-2 в сочетании с последующей кратковременной ватной тампонадой полости носа у 20 больных в возрасте от 20 до 52 лет (15 мужчин и 5 женщин).

Больных оперировали в день поступления в стационар. После окончания операции и тщательного гемостаза внутренние поверхности слизистой оболочки носовой перегородки обрабатывали тонким слоем клея МК-2 и плотно соединяли друг с другом. Затем в каждую половину полости носа вводили 3-5 ватных шариков, пропитанных 1 % линиментом синтомицина с добавлением 5% раствора аминокaproновой кислоты, и фиксировали перегородку носа в срединном положении. Одновременно с подслизистой резекцией перегородки носа 2 лицам произведена резекция задних концов нижних носовых раковин, 2 - реимплантация аутохряща, 2 - полипотомиа носа, 1 - УЗ дезинтеграция, 5 -латеропозиция и 2 - вазотомия нижних носовых раковин.

Ватные тампоны оставляли в носовых ходах на 5 - 8 часов в зависимости от сохранности слизистой оболочки перегородки и носовых раковин. Выключение носового дыхания на такое сравнительно непродолжительное время не вызывало особых неудобств у пациентов, самочувствие, аппетит оставались хорошими, не было припухлости наружного носа, слезотечения, головной боли. Все больные были выписаны на амбулаторное наблюдение на следующий день после операции. Средняя длительность нетрудо-

способности составила при этом 7,1 дня, а в контрольной группе из 20 пациентов, оперированных без применения данной методики - 12,6 дня.

Проведенные клинические наблюдения дают нам основание полагать, что кратковременная ватная тампонада полости носа после подслизистой резекции носовой перегородки в сочетании с фиксацией тканей клеем МК-2 облегчает течение послеоперационного периода и уменьшает сроки стационарного лечения до 1 суток. В перспективе появляется возможность сократить срок пребывания больных в стационаре до нескольких часов, что расширяет возможности проведения данного оперативного вмешательства в амбулаторных условиях.

В.Ю.КАССИН, М.П.НИКОЛАЕВ, Р.М.НИКОЛАЕВ, Г.Г.КРИВЦОВ, Л.А.ТЕЗИКОВА (Москва)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОКЕРАМИКИ В РИНОХИРУРГИИ

Гидроксилapatит (ГА) - сложное соединение кальция и фосфора в мольном соотношении 1,67. ГА существует в организме в виде кристаллических модификаций, стабилизированных окружающими системами. Имеется ряд исследований, где отмечено, что имплантаты из ГА резервируются крайне медленно, при этом они служат матриксом для образования кости.

Целью настоящей работы было экспериментально-клиническое изучение эффективности использования пластинок, изготовленных из частиц ГА (размерами 5-25 мкм) методом прессования при температуре 1100° С, в ринохирургии (замещение костно-хрящевых дефектов перегородки носа, послеоперационных отверстий в передней стенке верхнечелюстной пазухи и т.д.). Первой задачей явилось исследование биосовместимости полученного материала. Для этого была использована методика R.Goroff et al. (1986), которая предусматривает имплантацию образцов ГА поднадкостнично. Под общим обезболиванием эфиром 12 белым крысам-самкам массой тела 150-170 г в затылочной области производили разрез мягких тканей и надкостницы длиной 7 мм, проделывали субпериостальный туннель между глазницами, скарифицировали поверхность кости, помещали в туннель имплантат ГА толщиной 1,5 мм, массой 300 мг, послойно ушивали рану. На 2-й, 4-й, 8-й, 12-й неделях после операции производили эфтаназию животных, декапитуировали их, образцы костной ткани с имплантатом фиксировали, декальцинировали, полученные гистологические срезы тканей окрашивали гематоксилин-эозином.

Макроскопически образцы имплантатов при всех сроках исследования представляли собой плотные белого цвета образования, интимно спаянные с поверхностью костей черепа. Микроскопически через две недели имплантат определялся в виде компактного скопления частиц округлой формы, окруженных тонким валом незрелой грануляционной ткани, содержащей расширенные капилляры с эритроцитами, макрофаги с зернистой цитоплазмой, небольшое количество гигантских клеток, фибробласты, нейтрофилы, фибрин. В отдельных местах со стороны кости тканевая капсула вокруг имплантата и частиц ГА имела признаки созревания: уменьшалось количество капилляров, клеточных элементов. Соединительная ткань имела фиброзное строение, клеточный состав был представлен

фибробластами, гистиоцитами. Со стороны кости отмечалось образование единичных костных балок, содержащих остеобласты, остециты.

Через 2 и 3 месяца от начала имплантации образец ГА был окружен истонченной капсулой, в которой содержались отдельные незрелые костные балки. Там, где прослойки соединительной ткани проникли в глубь частиц ГА по ходу пор, они были представлены большим количеством макрофагов, фибробластов, фиброцитов. Отмечены признаки рассасывания частиц ГА с замещением фиброзной, а местами - остеоцитной тканью. По данным гистологических исследований сходную местную реакцию на имплантацию дает композитивный материал на основе хитозана.

В клинике биокерамические пластины из ГА использованы у 13 больных: у 6 с целью закрытия перфорации в хрящевом отделе носовой перегородки и у 7 - для закрытия дефекта в передней стенке верхнечелюстной пазухи, оперированной экстраназальным подходом по поводу хронического гнойно-полипозного гайморита.

Таким образом, экспериментальные данные и предварительные результаты клинических наблюдений подтверждают мнение об отсутствии местно-раздражающих свойств материалов из ГА, индукции ими костной ткани. Это делает перспективной их применение в ринопластике.

А.О.ГЮСАН (Черкесск)

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РИНОЛОРДОЗ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое лечение ринолордоза заключается в восполнении дефекта скелета носа путем имплантации различных тканей. Для имплантации применяют аллотранс-плантаты, хотя еще Ю.Ю.Джанелидзе (1933), Н.М.Михельсон (1952) и другие показали, что вживление различных инородных тел в дальнейшем, как правило, заканчивается их выведением из организма. Ряд авторов предпочитают метод аутоотрансплантации. Однако, он имеет органические возможности из-за необходимости дополнительных хирургических вмешательств для взятия имплантата.

При проведении реконструктивных операций по поводу посттравматического ринолордоза мы пользовались гомохрящом перегородки носа, если степень седловидной деформации была не очень выраженной. В других случаях пересаживали консервированный реберный хрящ. Учитывая клинические наблюдения Н.М.Михельсона (1962), установившего, что пересаженный консервированный хрящ практически не резорбируется в организме реципиента, мы использовали для имплантации целый хрящевой имплантат.

Прежде всего необходимо составить план операции, выбрать оптимальный хирургический доступ. В каждом конкретном случае этот вопрос должен решаться строго индивидуально, так как и наружный и эндоназальный доступы имеют свои положительные и отрицательные стороны. В любом случае разрез должен быть достаточным, чтобы обеспечить удобный подход для формирования ложа трансплантата и его введения.

Другим важным вопросом является подготовка имплантата. Во всех случаях мы готовим его заранее, до операции, с последующей консервацией в 0,5% р-ре формалина. В день операции промываем имплантат в физиологическом растворе с добавлением антибиотиков широкого спектра действия. Для проведения точных измерений и изготовления необходимого имплантата с заданными размерами готовили гипсовую модель

деформированного носа, которая вместе с послеоперационной моделью и фотографиями является убедительной иллюстрацией операции. С целью предотвращения образования гематомы производим переднюю тампонаду носа, тампоны удаляем через сутки. Для фиксации имплантата применяем предложенную нами армированную корригирующую пластмассовую маску для риноортопластики. Во всех случаях устранения посттравматического ринолордоза с помощью гомохряща, получен удовлетворительный косметический и функциональный результат.

Н.Ф.ФЕДУН (Киев)

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Изменения формы носа искажают лицо, лишают его выразительности, иногда уродуют. Это приводит к тягостным эмоциональным переживаниям и тяжелым психогенным реакциям, поэтому стремление больных устранить кажущиеся на первый взгляд незначительными деформации нельзя считать неадекватным. Не случайно говорят, что лицо - зеркало души человека. Для врача важно еще и то, что по лицу можно судить о состоянии здоровья человека. Деформация носа влечет в большинстве случаев нарушение его функции, а это, в свою очередь, влияет на жизнедеятельность других органов и систем.

Обезображивание носа настоятельно требует восстановительных операций, целями которых являются придание лицу приемлемой для окружающих формы и восстановление основных функций. Только удачно выполненная операция возвращает больному уверенность в себе, делает его полноправным членом коллектива.

Мы располагаем сведениями о лечении 462 больных с различными деформациями носа: западением, искривлением, горбом носа, деформациями крыльев носа и комбинированными деформациями. Операции были выполнены на базах ЛОР клиник Киевского медицинского университета с 1983 по 1993 г. Это были люди различного возраста, жители городской и сельской местности с разным уровнем образования. Среди них мужчин было 286 (62%), женщин - 176 (38%). Причиной деформации носа и носовой перегородки у 79,2% больных была травма, у 4,7% - различные заболевания, с врожденными деформациями лечились 9,1% больных, с доброкачественными опухолями носа - 2,8%, у 4,2% пациентов причину деформации выявить не удалось.

Всем больным оперативное вмешательство по восстановлению формы и функции носа выполнялось в один этап, причем сначала выполнялась операция на перегородке носа, а затем - ринопластика. Деформация перегородки носа выявлена у 408 (88,3%) пациентов. При коррекции перегородки носа удалялись только деформированные отделы, а образовавшийся дефект скелета восполнялся путем реимплантации аутохряща и кости. Для восстановления формы наружного носа у 340 (73,6%) больных в качестве пластического материала использованы резецированные кусочки хряща перегородки носа, у 26 (5,6%) - консервированный гомохрящ, у 18 (3,9%) - тефлоновая сетка.

Отдаленные результаты прослежены у 390 больных в сроки наблюдения от 6 месяцев до пяти лет. Удовлетворены результатом операции 382 (98%), не удовлетворены 8 (2%). 6 больных подверглись повторной операции в связи с погрешностями в послеоперационном уходе.

Выводы: 1. Риносептопластику следует выполнять в один этап, начиная с коррекции перегородки носа. 2. В качестве пластического материала при возможности лучше использовать аутокани перегородки носа. 3. Следует пересмотреть само название "подслизистая резекция носовой перегородки", так как оно устарело и не соответствует сути выполняемой операции.

О.А.ГРУШЕВСКАЯ, В.В.ДАВЫДОВ, Р.К.КАМЕНКО, И.В.КАРГОВА
(Красноярск)

ОДНОМОМЕНТНАЯ РИНОСЕПТОПЛАСТИКА

За последние два года одномоментная риносептопластика произведена 246 больным в возрасте от 15 до 56 лет (мужчин - 198, женщин - 48). Показаниями к этой операции являются нарушение носового дыхания и деформация наружного носа, которая часто бывает причиной душевных расстройств. Одномоментная операция позволяет восстановить и форму и функцию носа, использовать аутохрящ перегородки для формирования спинки и других отделов скелета наружного носа.

Перед операцией мы обращаем внимание на степень нарушения дыхательной функции, расположение срединной вертикальной оси, соотношение хрящевого и костного отделов, вид профильной линии и носогубный угол, который у мужчин должен быть равен 90° , у женщин - 105° . Пациенты имели следующие виды деформаций: горб носа - 42, S-образное искривление - 71, серповидное искривление - 84, седловидный нос - 49. Деформации костного скелета часто сочетались с деформациями кончика носа.

Первым этапом мы выполняли операцию на перегородке носа по методам В.И.Воячека или M.Cottle с реимплантацией аутохряща. Эти методы позволяют сохранить остов перегородки, избежать возникновения перфораций, особенно на фоне атрофических процессов в слизистой оболочке, распространенных в условиях Сибири (46%) и Крайнего Севера (до 68%). Навыки ринопластики мы усовершенствовали при совместной работе с ведущими хирургами - косметологами России и США. Мы предпочитаем метод ринопластики, предложенный T.D.Rees, который наиболее отвечает эстетическим требованиям. Оперативный доступ осуществляем через эндоназальный разрез, хрящи обнажаем со стороны кожи, а не со стороны слизистой, чтобы не нарушить зоны роста кроме случаев, где требуется частичное иссечение крыльных хрящей (широкие ноздри и кончик носа). В последнем случае отслойка производится с обеих сторон. Коррекцию спинки носа чаще выполняем посредством срединной и парамедианной остеотомии специальными долотами с ограничителем, небольшие горбинки удаляем рашпилем, при седловидном носе обычно используем фрагменты аутохряща. На линию разреза накладываем кетгутовые швы, полость носа на трое суток тампонируем иодоформными турундами, наружный нос в течение 7-10 дней фиксируем 6-слойной гипсовой повязкой.

После операции у всех больных отмечалось улучшение носового дыхания, отторжения трансплантатов не наблюдалось. У трех больных через 2 месяца после операции появилась бугристость кожи на спинке и крыле носа из-за развития рубцов. Через 4-6 месяцев у 18 больных произведены повторные корригирующие операции на пирамиде носа. Наш опыт свидетельствует о целесообразности одномоментного устранения косметического дефекта носа и восстановления его дыхательной функции.

Храп и синдром обструктивного апноэ

БЬЕРН ПЕТРУСОН (ГЕТЕБОРГ, ШВЕЦИЯ)

ЗНАЧЕНИЕ УЛУЧШЕННОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

Для большинства людей очевидно, что рот, а не нос предназначен для еды, поэтому никто не использует нос для приема пищи. Но когда дело доходит до дыхания преимущества использования носа не столь очевидны. Если ваш нос заложен, вы начинаете дышать ртом, не беспокоясь о последствиях, одно из которых - сухость во рту - хорошо известно, а другие - нет. Когда вы расправляете грудь и дышите, в грудной клетке создается отрицательное давление и воздух по воздухопроводным путям устремляется в легкие. Наиболее узкой областью является передний отдел носа, носовой клапан. Площадь поперечного сечения здесь всего 1,4 кв. см, тогда как костного отверстия - 2 кв. см, а в самой полости носа - 6 кв. см. В соответствии с законом Poiseuille площадь этого поперечного сечения наиболее важна при подсчете перепадов давления. С увеличением ее от 1,4 до 2,0 кв. см отрицательное внутригрудное давление может быть уменьшено наполовину. Это значит, что дышать станет значительно легче.

Раньше расширить ноздрю можно было только, оттянув пальцем крыло носа, теперь это можно сделать при помощи назального дилататора "Nozovent", который позволяет открыть ноздри, разводя мягкие ткани крыльев носа в стороны. В этих условиях поток воздуха, проходящий через нос значительно увеличивается по сравнению с нормой, что было подтверждено и риноманометрическими исследованиями. При первом изучении "Nozovent" было установлено, что его действие сравнимо с эффектом сосудосуживающих капель на здоровых лиц. При измерении носового сопротивления у 72 больных было обнаружено существенное его уменьшение у всех обследованных после введения устройства. Многочисленные выгоды от улучшенного носового дыхания были отмечены при различных исследованиях.

Сухость во рту. Из 34 больных, страдавших от сухости во рту по утрам, 28 (80%) отметили уменьшение сухости, а одна треть - ее полное исчезновение после того, как начали спать с "Nozovent". Суммируя ощущения 17 больных, спавших 85 ночей с устройством и 85 без него было отмечено значительное ($p < 0.01$) уменьшение сухости после сна с расширенными ноздрями.

Лучший сон. 40 из 50 пациентов субъективно отметили "лучший сон" при расширенных ноздрях. Периоды бессонницы ночью и утренняя усталость заметно уменьшались. Существенное снижение "индекса пробуждения" и субъективное улучшение индекса сна отмечено у 10 больных с индексом апноэ-гипопноэ от 25 до 105.

Уменьшение храпа. В течение 10 ночей 10 пациентов использовали "Nozovent", а их родственники оценивали выраженность храпа. Результаты показали уменьшение храпа от умеренного до слабого или от труднопереносимого до приемлемого звукового уровня при расширении ноздрей. Когда аналогичный подсчет проводился у 15 японцев, выраженность храпа у большинства из них уменьшалась от уровня, когда окружающие не могли спать рядом до уровня, когда храп становился слышимым только в тишине, а в 30% ночей храп не отмечен совсем. При клиническом изучении "Nozovent" во Франции из 62 пациентов положительное действие на интенсивность храпа было отмечено у 32.

Когда 15 тучных пациентов со средним индексом апноэ 25 опробовали устройство, у них наблюдалось уменьшение индекса, частоты периодов храпа и его интенсивности (6-9 дБ).

Предупреждение приступов апноэ. Средний индекс апноэ снижался с 18 до 6 во время изучения дилататора в течение двух ночей в лаборатории после периода домашней тренировки продолжительностью 10 ночей. Среднее снижение индекса апноэ составило 47% с диапазоном от 13% до 83%. Минимальное средненочное насыщение артериальной крови кислородом возросло от 78% до 84%.

Бронхоспазм. В 1993 году во время самых больших и продолжительных лыжных соревнований в мире "Vasaloppet" в Швеции 38 лыжников выступали с дилататором "Nozovent". Среди тестированных субъектов у 16% отмечены приступы бронхоспазма при вдыхании холодного воздуха и 70% отмечали при этом дискомфорт. При расширении ноздрей 90% отметили, что вдыхаемый воздух стал теплее и стало легче дышать. Голландский конькобежец Барт Фельдкамп, страдавший астмой, пользовался дилататором ноздрей, когда выиграл золотую медаль на дистанции 10000 м на Олимпийских играх во Франции в 1992 году. У больных бронхиальной астмой "Nosivent" продемонстрировал хорошие предварительные результаты, позволил уменьшить количество применяемых медикаментов.

Заключение. Более 150 лет назад Georg Catlin написал книгу "Закрой рот и береги свою жизнь", в которой он отметил важность носового дыхания и описал расстройство, появляющиеся при дыхании через рот: сухость во рту, выпадение зубов, плохой сон, храп, апноэ синдром и астма. До сих пор трудно было улучшить носовое дыхание несложным путем. При помощи устройства "NOZOVENT" многие люди могут ощутить, насколько легче станет им дышать через нос. В многочисленных исследованиях показано, насколько важно улучшенное носовое дыхание и что болезнью ротового дыхания, описанных Catlin хотя бы частично можно избежать.

Ю.В.МИНИН, В.Н.ГОРБАЧЕВСКИЙ (Киев)

АЭРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ХРАПЕ

На основании клинических, патоморфологических и рентгенологических исследований нами установлено, что храп возникает при сужении верхних дыхательных путей. В связи с этим были изучены особенности их аэродинамики. Для этой цели было разработано устройство для определения дыхательной функции носа методом активной ринореоманометрии и устройство для регистрации внутриглоточного давления.

Под наблюдением находилось 70 человек. В зависимости от степени выраженности храпа и наличия обструктивного апноэ во сне были выделены 4 клинические группы больных. При этом первую группу составляли лица, страдающие храпом в положении на спине, вторую - на спине и на боку, третью - в любом положении тела во сне, а четвертую - пациенты, у которых храп сочетался с признаками обструктивного апноэ.

Проведенные исследования позволили констатировать, что при храпе как с наличием, так и с отсутствием обструктивного апноэ во сне имеется повышение сопротивления носовых ходов току воздуха, более выраженное в горизонтальном положении тела. При

анализе состояния дыхательной функции носа у людей с различной степенью выраженности храпа выявлен параллелизм между степенью нарушения носового дыхания и выраженностью храпа. Так, показатель проходимости носовых ходов при передней ринореоманометрии составил соответственно в горизонтальном и вертикальном положении тела $1,69 \pm 0,04$ и $1,84 \pm 0,02$, во второй - $1,53 \pm 0,03$ и $1,64 \pm 0,01$, а в третьей - $1,43 \pm 0,02$ и $1,56 \pm 0,04$. Из 22 лиц, не отмечавших затруднения дыхания, у 12 выявлено повышенное сопротивление току воздуха, а у 10 оно было около верхней границы нормы.

Уровень внутриглоточного давления при храпе составил $210,7 \pm 14,7$ Па, в контрольной группе он равнялся $98,9 \pm 8,8$ Па. При анализе этого показателя в зависимости от условий возникновения храпа выявлено статистически достоверное различие между второй ($199,9 \pm 22,5$ Па) и третьей ($260,6 \pm 14,7$ Па), а также первой ($166,6 \pm 18,6$ Па) и третьей группами больных. Величина внутриглоточного давления при храпе и апноэ составила $279,3 \pm 26,5$ Па и отличалась ($p < 0,05$) от показателя в группе больных без апноэ. В группе больных с храпом без видимых изменений со стороны верхних дыхательных путей уровень фарингеального давления составил $148,9 \pm 17,6$ Па и отличался ($p > 0,05$) от контрольной группы. Во всех трех группах происходило повышение внутриглоточного давления при переходе из вертикального в горизонтальное положение. После экспериментальной обструкции носовых ходов также происходило увеличение фарингеального давления во всех трех группах.

Таким образом, при храпе как с наличием, так и отсутствием обструктивного апноэ наблюдалось повышение сопротивления носовых ходов току воздуха. При затруднении носового дыхания происходило повышение внутриглоточного давления. Выявлена корреляция между степенью выраженности храпа и нарушением аэродинамики верхних дыхательных путей.

Л.Н.СТАРКОВА, А.М.ТАЛЫШИНСКИЙ (Рязань)

ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРАПОМ

Важную роль в патофизиологии храпа и обструктивного апноэ во сне играет нарушение носового дыхания. Изменения нормального направления тока воздуха в полости носа вызывают увеличение отрицательного давления во время вдоха. Это вместе со снижением тонуса тканей глотки приводит к вибрации, усугубляя храп во время сна.

Мы проанализировали истории болезней 100 больных, оперированных по поводу ринопатии, изучили состояние их дыхательных путей. У 18 из этих больных храп во время сна сопровождался периодическими остановками дыхания, у 87 отмечено затруднение носового дыхания. У 65 больных выявлено искривление носовой перегородки, причем у 7 - в сочетании с гипертрофией нижних носовых раковин с одной (у 4) или с обеих (у 3) сторон. У 6 пациентов диагностирован хронический катаральный ринит, у 4 из них отмечена гипертрофия одной из небных миндалин. У 8 больных имела место односторонняя (5) или двусторонняя (3) гипертрофия нижних носовых раковин. Еще у 3 пациентов выявлена двусторонняя гипертрофия боковых валиков глотки, а у 5 - гипертрофия носоглоточной миндалины I-II степени. У 13 больных не отмечено изменений в полости носа.

У 59 больных из 100 при фарингоскопии установлено удлинение мягкого неба и значительное уменьшение расстояния между его свободным краем и задней стенкой глотки. Это подтверждалось и рентгенограммами мягкого неба. У ряда больных одновременно отмечено увеличение массы языка и утолщение слизистой оболочки язычной и гортанной поверхностей надгортанника.

У всех больных носовое дыхание ухудшалось в ночное время в положении лежа, особенно на спине, когда снижается мышечный тонус глотки, провисает мягкое небо и происходит соприкосновение боковой, задней стенок глотки и корня языка. Это сужает просвет ротоглотки, затрудняя и без того нарушенное носовое дыхание у спящего больного. Возникает спонтанное ротовое дыхание, появляется храп большей или меньшей интенсивности, нередко с периодами остановки дыхания. Вследствие обструкции верхних дыхательных путей человек может погибнуть во время сна от асфиксии (такой случай нам известен). Подобная смерть может ошибочно трактоваться как наступившая от инфаркта миокарда, в других случаях она не находит объяснений и остается загадкой. Больные sleep apnea синдром перед сном проявляют большую озабоченность, настороженность, многие из них принимают полусидячее положение с приподнятой головой. Храп и остановка дыхания во время сна вызывают тревогу за жизнь больного у его родных и близких. Эти больные требуют повышенного внимания и своевременного лечения.

Результаты проведенного исследования дают основание считать, что для устранения храпа во сне наряду с проведением вулопалатофарингопластики показана также операция в полости носа с целью восстановления нормального дыхания.

А.М. ТАЛЫШИНСКИЙ (Рязань)

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ХРАПА С ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

Основной причиной храпа, сопровождающегося периодической остановкой дыхания во сне, является сужение или обструкция ротоглотки мягким небом, небными дужками, боковыми стенками глотки и языком вследствие атонии их мышц, а также увеличения небных миндалин. Преобладающей по частоте причиной возникновения храпа являются изменения в ротоглотке, значительно реже - в носо- и гортаноглотке. Об этом свидетельствует эффективность вулопалатофарингопластики. Значительно затрудненное носовое дыхание или его обструкция чаще служат вспомогательной, реже - основной причиной храпа. Однако, затруднение носового дыхания часто усугубляет его выраженность.

Нами выполнена вулопалатофарингопластика у 127 больных. У 119 из них одновременно произведены двусторонняя тонзиллэктомия, а у 6 - аденоидотомия. У 102 из 127 пациентов осуществлено хирургическое вмешательство в полости носа.

Сначала производилась тонзиллэктомия с одной стороны и резецировалась передняя небная дужка почти по всей длине, отступя примерно на 8 мм от ее свободного края. Тремя капроновыми швами с помощью тонкой круглой иглы сшивались края задней и сохраненной части передней дужек. Дополнительно накладывался кетгутовый шов у нижних отделов небных дужек. Выполнялась мобилизация мышц ложа миндалин, а нередко и края языка. Затем скальпелем производили поперечный дугообразный разрез слизистой оболочки мягкого неба, отступя 12-15 мм от основания язычка. Разрез начинали

в надминдаликовой зоне с тонзиллэктомированной стороны и продолжали до того же уровня на противоположной. По ходу этого надреза ножницами отсекали мягкое небо почти до верхнего полюса неудаленной миндалины. Узловатыми швами сшивали края слизистой оболочки рото- и носоглоточной поверхности мягкого неба при помощи длинной тонкой иглы.

В дальнейшем выполнялась тонзиллэктомия на другой стороне с одновременной резекцией передней дужки. Миндалины удалялись вместе с отсеченной частью мягкого неба и язычком. Резекцию передней дужки и сшивание ее с задней осуществляли как и на противоположной стороне. Результаты таких операций были эффективны у большинства больных.

И.В.ТАРАСОВ (Курск)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРАПА

Одной из наиболее частых причин храпа с остановкой дыхания во время сна является обструкция верхних дыхательных путей приобретенными и врожденными патологическими изменениями структур носа и глотки. Причиной храпа могут быть гипертрофический и вазомоторный ринит, посттравматическая деформация носа, полипозный этмоидит, полипозный гайморит с хоанальным полипом, гипертрофия небных и язычной миндалин, аденоидные вегетации, а также врожденные аномалии: искривление носовой перегородки, атрезия хоан, гиперплазия мягкого неба и другие.

В течение 5 лет под нашим наблюдением находилось 14 детей и 64 взрослых (из них мужчин - 52, женщин - 12) в возрасте от 22 до 60 лет. Среди детей, где храп был одним из ведущих симптомов, гипертрофия небных миндалин и аденоидные вегетации отмечались у 12 больных, атрезия хоаны - у 2. Всем больным выполнено в зависимости от патологии, соответствующее хирургическое пособие: коррекция носовой перегородки, конхотомия или латеропексия носовых раковин, ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин, полипотомия носа, эндоскопическая этмоидотомия, фенестрация верхнечелюстной пазухи с удалением хоанального полипа, тонзиллэктомия, увулопалатофарингопластика, аденоидотомия, пластика хоан, криодеструкция или УЗ-деструкция язычной миндалины. Послеоперационных осложнений не наблюдали. Даны рекомендации по режиму питания: прием малокалорийной пищи за 4 часа до сна и занятие дыхательной гимнастикой. Результаты лечения контролировали через 6 месяцев. Храп прекратился у всех детей, у 24 взрослых мужчин и 9 женщин. Храп стал случайным у 18 мужчин и 3 женщин, слабым - у 5 мужчин. Храп не изменился у 5 мужчин с ожирением III степени и гиперстенической конституцией.

ВЫВОДЫ: Храпом чаще страдают лица с обструкцией верхних дыхательных путей, повышенного питания, гиперстенической конституции. Хирургическая коррекция храпа возможна и в большинстве случаев эффективна.

Ринологическая онкология

В.О.ОЛЬШАНСКИЙ, А.М.СДВИЖКОВ, В.А.ЧЕРЕКАЕВ

ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Злокачественные заболевания слизистой оболочки носа и околоносовых пазух составляют 1-2% всех злокачественных опухолей (Е.С.Огольцова, 1984, Shibia at al., 1984). Достоверно установлен рост заболеваемости опухолями этой локализации. У 60-70% больных диагностируют местно распространенные процессы, когда опухоль поражает смежные анатомические образования (мягкие ткани лица, скуловую кость, орбиту, переднюю черепную ямку). Нами проанализированы результаты лечения 170 больных распространенными злокачественными опухолями слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, леченных в МНИОИ им. П.А.Герцена с 1970 по 1989 гг. Средний возраст больных составил 45,4 года, мужчин было 96, женщин - 74. У всех больных диагноз был подтвержден гистологическими исследованиями. У большинства больных выявлены опухоли эпителиального генеза (73,5%), а у 26,5% - соединительнотканного. Третья стадия диагностирована у 12,3% больных, четвертая - у 45,9%, стадия не определена у 15,7%. Метастазы в регионарные лимфатические узлы были обнаружены у 3,5% больных. Одним из актуальных вопросов этой проблемы является возможность сохранения глазного яблока при прорастании опухоли в орбиту. Большинство авторов в этой ситуации рекомендуют выполнять экзентерацию орбиты (А.И.Пачес, В.П.Бойков, 1976, W.Draf, M.Samii, 1989). Для определения показаний к сохранению глазного яблока нами были использованы современные диагностические методы (офтальмологическое исследование, УЗИ, КТ). Во время хирургического вмешательства после резекции верхней челюсти резецировали пораженную стенку орбиты и прилежащую к ней интраорбитальную клетчатку. Для оценки результатов лечения были проанализированы сведения о 65 больных с прорастанием злокачественной опухоли в орбиту. У 40 из них с ограниченным поражением орбиты глазное яблоко было сохранено. Трехлетняя выживаемость больных этой группы составила 60,6% больных. Вследствие значительного распространения опухоли в орбиту и инфильтрации интраорбитальной клетчатки у 25 больных произведена экзентерация орбиты. Трехлетняя выживаемость больных этой группы составила 53,3%. Дискутабельным является вопрос о возможности хирургического вмешательства при распространении опухоли в переднюю черепную ямку. В литературе имеются лишь единичные сообщения о краниофациальных резекциях при злокачественных опухолях (J.Terry et al. 1985, P.Jatin at al. 1987). Нами совместно с сотрудниками НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко под руководством проф. Г.А.Габибова выполнены 30 краниофациальных резекций. Исходной локализацией опухоли были слизистая оболочка носа - 9 больных, решетчатого лабиринта -12, верхнечелюстной пазухи - 9. Операция лицевым доступом выполнена у 16 больных, интракраниальным - у 11, комбинированным - у 3. Трехлетняя выживаемость составила 31,7%.

С.В.СЕРГЕЕВ, А.М.КОЗЛОВ (Пенза)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

В практике ЛОР отделения, оказывающего помощь населению сельских районов области, остеомы околоносовых пазух чаще всего являются патологией, требующей экстренного оперативного вмешательства. Это связано с длительностью латерального периода, когда нет четких клинических проявлений. Больные попадают в ЛОР отделение лишь при развитии осложнений, вызванных блокадой естественных отверстий или проникновением опухоли в полость черепа или орбиту.

В нашем отделении за период 1983 - 1993 гг. оперировано 39 больных с остеомами околоносовых пазух. Практически все больные имели внутричерепные или орбитальные осложнения различной степени тяжести. Гнойные осложнения, вызванные остеомой, всегда превалируют и обуславливают тяжесть состояния больного. Традиционные принципы хирургии требуют санации гнойных очагов и удаления остеомы вторым этапом. Врастая в соседние околоносовые пазухи, полость черепа или орбиты, остеома создает труднодоступные для хирурга замкнутые полости. Все это затрудняет санацию и дренирование гнойных очагов.

В течение многих лет в нашем отделении применяется методика одномоментной операции при остеомах околоносовых пазух сопровождающихся орбитальными или внутричерепными осложнениями. Используя доступы по Муру или Денкеру, остеому удаляют санировав одномоментно вызванные ею осложнения. Это требует хорошего владения навыками оперирования, умелого ведения послеоперационного периода, адекватной послеоперационной терапии. При этих условиях одномоментное оперирование остеомы и ее осложнений приводит к быстрой и полноценной реабилитации больного.

В.Д.ОСИПОВ (Новокузнецк)

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТОВ КАЛИЯ И НАТРИЯ В ПЛАЗМЕ, ЭРИТРОЦИТАХ И МОЧЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ

Имеются лишь единичные сообщения о состоянии электролитного состава крови у ЛОР-онкологических больных. Так, В.В.Гардыга (1976) описал изменения водно-солевого обмена у больных раком гортани. В настоящем сообщении мы приводим данные о содержании калия и натрия в крови и моче у 20 больных раком полости носа в процессе комбинированного (операция + облучение) лечения в ЛОР клинике Новокузнецкого ГИДУВа. Все больные были мужского пола в возрасте 35 - 60 лет с третьей стадией заболевания. У 10 больных (основная группа) на втором этапе лечения (лучевом) назначались диуретические средства (диакарб и фуросемид) в терапевтических дозах, у остальных 10 больных (контрольная группа) лучевое лечение проводилось без назначения

диуретиков. Результаты сравнивали с показателями крови у 50 здоровых мужчин (С.М.Брызгалина, 1977). Полученные данные подвергнуты статистической обработке.

Перед лечением содержание натрия в плазме у больных раком полости носа незначительно отличалось от такового у здоровых лиц. При этом наблюдалось снижение концентрации ионов натрия в плазме у здоровых лиц ($135,5 \pm 0,25$). В то же время, у больных раком полости носа отмечалось достоверное снижение калия ($30,1 \pm 0,6$) и натрия ($128 \pm 1,6$) в моче по сравнению с содержанием ионов калия ($44,62 \pm 0,6$) и натрия ($148,7 \pm 1,6$) у здоровых лиц контрольной группы.

После операции мы сравнивали показатели электролитов в плазме, эритроцитах и моче на втором этапе лечения - лучевом при дозе облучения 20 Гр и 40 Гр. При этом наблюдалось снижения калия в эритроцитах по мере увеличения дозы облучения. Так, при очаговой дозе 20 Гр количество калия в эритроцитах составило $81 \pm 0,5$, при дозе 40 Гр - $76,8 \pm 0,7$. Соответственно снижался выброс калия и натрия с мочой. При очаговой дозе 20 Гр содержание ионов калия в моче составило $25,2 \pm 0,7$, а при дозе 40 Гр - $22,8 \pm 0,3$, что ниже исходных данных - $32,4 \pm 0,7$ ($p < 0,01$). Выброс натрия с мочой также уменьшился в зависимости от дозы облучения. При дозе 20 Гр он составил $12,5 \pm 1,6$, а при дозе 40 Гр - 117 ± 1 , что достоверно ($p < 0,01$) ниже исходных величин.

С увеличением дозы облучения снижается и суточный диурез у больных раком полости носа. При очаговой дозе 20 Гр суточный диурез составил 970 ± 10 , а при дозе 40 Гр - 935 ± 6 . При назначении диуретиков отклонений в электролитном обмене (калий, натрий) у больных раком полости носа не наблюдалось.

Проведенные исследования показали, что у больных раком полости носа отмечается гипонатриемия снижение содержание ионов калия и натрия в моче. Лучевое лечение способствует снижению этих показателей. Изменения электролитного обмена необходимо учитывать у данной категории больных. Это помогает правильному выбору тактики лечения у больных раком полости носа.

В.Б.КОПНЕВ, Н.Х.ШАЦКАЯ (Москва)

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА, НОСОГЛОТКИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В г. МОСКВЕ

В общей структуре ЛОР-онкологической заболеваемости в Москве злокачественные новообразования полости носа, носоглотки и околоносовых пазух составляют от 6 до 8%. При проведении сравнительного анализа данных за 1988-1993 годы отмечено, что распределение больных по стадиям заболевания не претерпевает существенных изменений. При лечении данной группы больных реже стал использоваться лучевой метод, в 10 раз чаще стало применяться комбинированное лечение.

Созданный нами на базе МГОД автоматизированный канцер регистр больных со злокачественными новообразованиями ЛОР органов позволил впервые в масштабе крупного города провести многофакторный анализ с установлением причин запущенности и поздней диагностики онкологических заболеваний данной локализации, а главное, обеспечил возможность проведения оперативной работы с поставленными на учет больными в плане их последующего наблюдения, лечения, реабилитации и трудоустройства.

Благодаря систематическому профессиональному наблюдению после проведенного специализированного лечения в 1,6 раза выросла выявляемость рецидивов, метастазов, продолженного роста опухоли на ранних этапах контроля. Дальнейший прогресс в решении данной проблемы связан с усовершенствованием организации помощи больным злокачественными новообразованиями ЛОР органов.

В.Ф.ИСАКОВ, В.С.АЛФЕРОВ, А.А.УВАРОВ (Москва)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования увеличилось в России за 1980 - 1991 гг. на 23%. В 1991 г. было выявлено 819 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественной опухоли полости носа и околоносовых пазух. В то же время проблема диагностики злокачественных новообразований полости носа остается достаточно сложной. Это обусловлено анатомо-топографическими особенностями данной области, скудной клинической симптоматикой в начальных стадиях заболевания. Уточнение распространенности опухолевого процесса чрезвычайно важно для выработки плана лечения, в том числе, объема хирургического вмешательства.

В отделении опухолей верхних дыхательных и пищеварительных путей ОНЦ РАМН проведена оценка диагностических возможностей современных методов обследования пациентов (риноскопия, фиброскопия, рентгене-, томография и компьютерная томография). Обследование проведено у 157 больных со злокачественными опухолями полости носа. Информативность риноскопии составила 64%. Однако, данный метод не всегда позволяет обследовать задне-верхние отделы полости носа, оценить поражение костных структур. При фиброскопии возможно детально оценить распространенность опухолевого процесса на задние отделы полости носа и носоглотку и более прицельно произвести биопсию для определения гистологического типа опухоли. Информативность данного метода у обследованных больных составила 92%. Рентгенологическое исследование (рентгено- и томография) позволяет уточнить характер патологического процесса, наличие костной деструкции в 73% случаев. Большую помощь в диагностике злокачественных опухолей полости носа оказывает метод компьютерной томографии, который позволяет более точно определить локализацию новообразования, особенно при поражении задне-верхних отделов полости носа, у 98% больных удалось определить поражение костных структур: медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, медиальной стенки глазницы, основания черепа.

Рациональное использование данных методов позволяет более точно оценить распространенность опухолевого процесса, что наряду с морфологической верификацией диагноза важно для выбора адекватного лечения.

А.А.ШТИЛЬ, В.А.ДОЛГОВ, В.А.КОРОЛЕВ (Оренбург)

ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭСТЕЗИОБЛАСТОМЫ

По вопросу тактики лечения больных эстеziобластомой в литературе нет единого мнения. Все же большинство авторов (А.А.Штиль, И.А.Шульга, 1985; В.С.Погосов и соавт., 1988; G.L.Adams, 1989; V.A.Ahern, M.C.Poulsen, 1991; P.Dulguezov, T.Calcatezza, 1992) считают методом выбора комбинированное лечение, в котором главная роль принадлежит хирургическому вмешательству. Наиболее частой локализацией эстеziобла-стомы является верхний носовой ход и решетчатый лабиринт. Это дает основание считать данную патологию прерогативой ринолога. Суть проблемы в выборе оптимального способа операции, обеспечивающего ее радикальность, наименьшую локализацию опухоли и безопасность вмешательства (близость полости черепа и глазницы).

Под нашим наблюдением находились 55 больных эстеziобластомой (30 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 2,5 до 82 лет. Распространенность опухолевого процесса у 46 больных соответствовала II стадии, у 39 больных - III стадии, у 10 - больных - IV стадии. Оперативное вмешательство как компонент комбинированного лечения применялось у 22 больных. У 7 из них операции выполнялись электрохирургическим (I группа), у 15 больных - "кровоавым" способом (II группа).

"Кровоавые" операции осуществлялись наружным доступом по Муру. Хирургическое вмешательство производили по разработанной нами методике (А.А.Штиль, 1980), позволяющей под контролем зрения радикально выполнить наиболее ответственный этап операции - удаление новообразования из области основания черепа и глазницы ("подслизистое" удаление опухоли).

В I группе рецидив опухоли обнаружен в области основания черепа у 3 больных в течение 1 года после окончания лечения. Внутричерепных и орбитальных осложнений не отмечалось. Живы без признаков рецидива и метастазов 2 больных в течение 2-3 лет. Во II группе живы без признаков рецидива и метастазов 7 больных в сроки 2-8 лет. Внутричерепных и орбитальных осложнений не было.

Наблюдения показывают, что в качестве компонента комбинированного лечения эстеziобластомы "кровоавые" оперативные вмешательства с "подслизистым" удалением новообразования дают обнадеживающие отдаленные результаты.

М.А.БОГОМИЛЬСКИЙ, В.Р.ЧИСТЯКОВА, С.В.ЯБЛОНСКИЙ, Л.Л.ПЕТРОВА
(Москва)

АНГИОФИБРОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В течение 1988-1993 г. в ЛОР-клинике Республиканской детской больницы оперировано 38 детей с ангиофибромой основания черепа. Возраст детей: 3 года - 1, 6

лет - 2, 8-10 лет - 15, 11-14 лет - 20. Мальчиков было 34, девочек - 4. Дети поступали из разных регионов страны, преимущественно из Коми, Приморского и Хабаровского краев, трое детей в период Чернобыльских событий отдыхали в зоне радиационного воздействия. В первые 3 месяца от начала заболевания обратилось 6 больных, в сроки от 4 до 6 месяцев - 9. Длительно болеющие дети поступали в сроки от 1 до 3 лет от начала болезни с рецидивами опухоли после 2-4 эндоназальных хирургических вмешательств в лечебных учреждениях по месту жительства.

У 2 детей рост опухоли отмечен после травмы носа (укус собаки и механическая травма), у одного ребенка - после гриппа, у одной девочки 13 лет источником формирования ангиофибромы явилась ограниченная врожденная кавернозная гемангиома твердого неба, активизировавшаяся в пубертатный период. У остальных детей причины заболевания не были установлены. Незаметно начинаясь, заболевание проявлялось не поддающимися лечению односторонним затруднением носового дыхания (чаще справа), обильными слизистыми или слизисто-гнойными выделениями, профузными носовыми кровотечениями, нарушением дыхания и дисфагией при распространении опухоли в ротоглотку, а при прорастании в глазницу, скуловую область и альвеолярный отросток верхней челюсти - деформацией лица, диплопией, слезотечением и инъектированностью склер. Болевой синдром возникал только при поражении альвеолярного отростка верхней челюсти, крылонебной, ретромандибулярной ямки и орбиты. Все дети поступали в тяжелом состоянии. У большинства больных имели место диагностические ошибки. В детском возрасте ангиофиброма основания черепа отличается чрезвычайной агрессивностью, быстро прогрессирующим инфильтрирующим ростом и распространенным поражением лицевого скелета.

Ограниченная ангиофиброма носоглотки имела место только у одной 3-х летней девочки. У 4 детей опухоль локализовалась в носоглотке, полости носа и решетчатом лабиринте. У остальных детей установлено распространение ангиофибромы основания черепа в полость носа и все околоносовые пазухи на стороне поражения, из них у 5 - с проникновением в орбиту, у 7 - в крылонебную и у 3 - в подвисочную ямку. У 4 детей компьютерная томография установила прорастание опухоли в среднюю черепную ямку, у одного из них - в кавернозный синус и внутреннюю сонную артерию.

Операцию проводили подходом по Муру без перевязки сонной артерии с широким вскрытием всех околоносовых пазух на стороне поражения с последующим наложением косметических швов. Особенности используемого при операции у детей с данной патологией комбинированного интубационного наркоза являются катетеризация одной из центральных вен, одномоментное проведение трансфузии крови, эритроцитарной массы и плазмы через 2 вены, введение прессорных аминов, гипоксантов и цитохрома "С" на высоте кровотечения, превентивная трахеостомия при распространении опухоли в ротоглотку.

Рецидив ангиофибромы возник у 5 детей, из них у 3 - после эндоназального удаления. Необходимы онкологическая настороженность и тщательное обследование при первичном обращении независимо от возраста ребенка.

ДИАГНОСТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТЕОМ ЛОБНЫХ ПАЗУХ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА

В работе анализируются клиника и особенности хирургического лечения 34 больных с распространенными остеомы лобных пазух, занимающими, кроме того, ряд смежных областей (орбита, решетчатый лабиринт, полость носа, верхнечелюстная пазуха). У всех больных имелось разрушение задней стенки лобной пазухи; у ряда из них опухоль внедрялась на большую глубину в вещество лобной доли мозга. Последняя группа больных должна оперироваться только в нейрохирургических учреждениях.

Наиболее частой жалобой больных были наличие костной опухоли в верхне-внутреннем отделе глазницы, реже - в лобно-надбровной области, снижение зрения на этот глаз, а также головная боль. При развитии внутричерепных осложнений отмечались гемипарез, припадки с потерей сознания, снижение памяти.

Остеомы лобных пазух у 20 из 34 больных сочетались с мукоцеле или гнойно-полипозным фронтитом в отделах лобной пазухи, не занятых опухолью. В случае разрушения остеомой передней, церебральной или орбитальной стенок создавались благоприятные условия для прорыва содержимого пазухи в подкожную клетчатку лобно-надбровно-орбитальной области или в полость черепа с развитием внутричерепных осложнений.

Комплексное обследование в нейрохирургическом учреждении, включая неврологическое, отоневрологическое, офтальмоневрологическое, электроэнцефалографическое, пневмоэнцефалографическое, а у части больных КТ и МРТ выявляло изменения со стороны лобной доли мозга. Эта симптоматика была обусловлена либо непосредственным сдавлением мозга в результате давления большой остеомы (7 больных), либо, чаще, сопутствующими внутричерепными осложнениями: арахноидитом, арахноэнцефалитом (14), наружным гнойным ограниченным менингитом (5), абсцессом мозга (1), пневмоцефалией (3), опухолью зрительного нерва (1). Только у 2 из наблюдаемых нами больных не было патологии со стороны центральной нервной системы.

Диагностика остеом основывалась на рентгенологическом исследовании, которое устанавливало наличие плотной ограниченной костной опухоли в лобной пазухе. О степени влияния остеомы на мозг и его оболочки и о сопутствующих осложнениях можно было судить по данным комплексного обследования, КТ и МРТ. Особые трудности для хирурга представляют очень большие остеомы лобных пазух, глубоко внедряющиеся в полость черепа. При проведении оперативного вмешательства у таких больных имеется ряд особенностей, что требует обязательного участия в операции нейрохирурга. Ринологический доступ к остеомам обычно предпочтителен. Однако, при очень глубоком распространении опухоли в полость черепа, при остеомах, растущих из верхне-задних отделов крыши орбиты, лучшие результаты дает нейрохирургический интракраниальный доступ.

Большие плотные остеомы рациональнее удалять целиком. Для этого максимально выделяют опухоль из окружающей костной ткани. Абсолютно противопоказано нажатие на остеому инструментом в передне-заднем направлении, так как в связи с частым разрушением остеомой задней стенки лобной пазухи можно вызвать травму мозга. Выделение остеомы из окружающей костной ткани - процесс чрезвычайно трудоемкий. При удалении остеомы возможно ранение даже отрыв истонченной опухолью верхнего

продольного синуса с возникновением сильнейшего кровотечения. В связи с этим при остеомах, проникающих в полость черепа, необходимо с самого начала принять все профилактические меры для борьбы с кровопотерей. При разрушении дна передней черепной ямки для профилактики носовой ликвореи и пролабирования мозга и его оболочек в полость носа больным рекомендуется длительный постельный режим (1 - 1,5 месяца) и пластика дна передней черепной ямки при операции.

Из 34 больных с остеомой лобных пазух умерло трое: двое погибли без операции от сопутствующих осложнений (у одного больного наряду с остеомой имелся гнойный фронтит, осложненный эпидуральным абсцессом и метастатическим абсцессом лобной доли мозга, у второго - опухоль зрительных нервов и III желудочка); третий больной погиб во время операции в результате острого отека мозга и кровотечения. Из 33 оперированных опухоль удалена тотально у 29.

Е.Т.МАТЯКИН, В.Ф.ИСАКОВ, В.С.АЛФЕРОВ, А.А.УВАРОВ (Москва)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА

Среди злокачественных новообразований верхних дыхательных путей опухоли полости носа и околоносовых пазух составляют 7,2%. Хотя опухоли полости носа встречаются довольно редко, они обладают большим разнообразием морфологических форм. Клинические проявления заболевания довольно скудны, а выбор адекватного метода лечения должен быть обусловлен не только локализацией, распространенностью и формой роста, но также и морфологическим строением новообразования.

В отделении опухолей верхних дыхательных и пищеварительных путей ОНЦ РАМН с 1966 по 1990 гг. проведено обследование и лечение 157 больных злокачественными опухолями полости носа. Соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым - 51,6% и 48,4%. Подавляющее большинство составили пациенты в возрасте от 31 до 70 лет. Из 157 больных у 115 имели место эпителиальные, а у 42 - неэпителиальные злокачественные новообразования. Среди 115 больных со злокачественными эпителиальными новообразованиями у 10 пациентов диагностирован аденокистозный рак, у остальных 105 больных распространенность опухолевого процесса была следующей: I стадия - 7 человек, II стадия - 23, III стадия - 56 и IV стадия - 19. Следовательно, большинство пациентов (76%) имели до начала лечения распространенные поражения. У 14 больных диагностированы метастазы в лимфоузлы шеи. Эпителиальные злокачественные новообразования были представлены: плоскоклеточным раком с различной степенью дифференцировки - у 80 больных (69%), аденокистозным раком - у 10 больных (9%).

Среди 42 неэпителиальных злокачественных опухолей эстезионеробластома диагностирована у 26 больных, рабдомиосаркома - у 6, меланома - у 5, злокачественная шваннома - у 2, плазмоцитомы, лейомиосаркома и хондросаркома - в единичных наблюдениях.

Изучение исходной локализации злокачественных эпителиальных новообразований показало, что плоскоклеточные формы рака чаще всего локализовались в области средней носовой раковины и среднего носового хода, для аденокарцином характерным являлось поражение верхней и средней носовых раковин, при аденокистозном раке - нижние

отделы полости носа и латеральная его стенка. Неэпителиальные злокачественные опухоли располагались: эстезионейробластома - в верхних отделах полости носа, меланома - в области передних отделов полости носа и хрящевой части перегородки, саркомы - в зоне средней и нижних носовых раковин.

Морфологическое строение опухоли и распространенность процесса чрезвычайно важны при выборе адекватного метода лечения. При низкодифференцированных формах рака, плазмоцитомах, эстезионейробластомах целесообразно химио-лучевое лечение. Комбинированное лечение показано при плоскоклеточных формах рака, злокачественных шванномах, рабдомиосаркомах, меланомах. При ограниченных опухолевых процессах, морфологически высоко дифференцированных, возможно хирургическое лечение. Трехлетняя выживаемость у всей группы больных составила 87%.

М.С.ПЛУЖНИКОВ, Е.Ю.ГЛУХОВА (Санкт-Петербург)

ИНВЕРТИРОВАННАЯ ПАПИЛЛОМА НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ

Некоторые авторы полагают, что плоскоклеточный рак полости носа и околоносовых пазух часто связан с клеточной дифференцировкой инвертированной папилломы (P.Robin, D.Powell, 1981, P.Vrabec, 1975). Хотя инвертированная папиллома - гистологически доброкачественная опухоль, ее злокачественное перерождение может иметь место приблизительно в 10-15% наблюдений (G.Sisson et al., 1989). Инвазивные формы плоскоклеточного рака уже могут иметься в опухоли в момент постановки клинического диагноза инвертированной папилломы или же проявить себя несколько позднее, в процессе прогрессирования заболевания.

Как известно, инвертированная папиллома вызывает одностороннее затруднение носового дыхания и чаще обнаруживается у пациентов мужского пола в возрасте от 50 до 70 лет. Анатомической зоной, обычно подвергающейся поражению опухолью, является латеральная стенка полости носа и решетчатый лабиринт.

Хирургическое лечение является методом выбора, причем общепринято производить резекцию всей латеральной стенки полости носа, включая клетки решетчатого лабиринта. Обычно для этого используется широкий наружный подход по Муру. E.Myers et al. (1981) считают, что применение более локальных хирургических методов лечения приводит к неизбежному раннему рецидивированию.

В связи с изложенным, считаем оправданным привести наблюдение, которое не вполне укладывается в канонические представления об инвертированной папилломе полости носа. Во-первых, папиллома развилась в относительно молодом возрасте, во-вторых, у женщины, и имела локализацию, четко ограниченную пределами нижней носовой раковины. В-третьих, использованный нами хирургический метод был строго локальным и сводился лишь к резекции пораженной раковины при обычном эндоназальном подходе. Послеоперационное наблюдение за больной составило более трех лет, в течение которых не было ни раннего рецидива, ни вообще рецидива как такового.

Больная Л., 32 лет обратилась в клинику с типичными жалобами на блокаду одной половины носа. Риноскопически вся свободная поверхность нижней носовой раковины слева была перерождена и представляла типичную опухолевую ткань, макроскопически напоминая скопление мелких и сочных виноградин белесовато-розового цвета, легко

кровооточащих при дотрагивании. Опухоль распространялась от переднего конца нижней носовой раковины до ее средней трети включительно. Диагноз инвертированной папилломы был установлен гистологически. Фиброэндоскопия и рентгеномография позволили убедиться, что границы опухоли не выходят за пределы нижней носовой раковины. После обсуждения мы отказались от экстирпации раковины целиком и с помощью НИАГ-лазера в контактном режиме произвели ее резекцию, не затронув костной основы. Больная легко перенесла вмешательство под местной анестезией. Заживление было неосложненным.

Детская ринология

А.А.ПОЛЯКОВ, В.М.БУЯНКИН (Москва)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА РАДИАЦИОННО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

С августа 1986 года, каждые 6 месяцев в составе специализированной бригады оториноларингологи выезжали в западные районы Брянской области для лечебно-консультативной помощи. Лечение выявленных больных проводилось по месту жительства и в ЛОР отделении Российской детской клинической больницы. Анализ первых скрининговых осмотров в августе 1986 и 1987 года показал, что у детей от 2 до 7 лет частота хронических заболеваний лимфоидноглоточного кольца выросла в 4,5 раза и составила 703,3 на 1000 осмотренных. Соответствующие данные по Московской области в тот же период в общевозрастной группе составили 169,4 на 1000 осмотренных.

По данным годового отчета Новозыбковского района Брянской области (территории пораженной в результате аварии на Чернобыльской АЭС) заболеваемость детей в 1986 году возросла примерно в 1,5 раза по сравнению с 1986 годом, преимущественно за счет острых респираторных заболеваний. В группе часто болеющих детей (6 и более ОРЗ в год), заболевания лимфоидного кольца составили 807,4 на 1000 осмотренных. У часто болеющих детей Московской области этот показатель был не более 665 на 1000 детей.

Среди детей в возрастной подгруппе от 2 до 7 лет с выраженной гипертрофией носоглоточной миндалины преобладали явления острого аденоидита. В данной категории больных отмечено возрастание частоты сопряженных заболеваний; гипертрофического ринита, фарингита, трахеобронхита, рецидивирующего среднего отита, кондуктивной тугоухости, синусита, отомикоза, тонзилломикоза, ежемесячных ОРЗ.

По клиническим показаниям у 114 детей была произведена аденоидотомия. Гамма-спектрометрический анализ удаленной лимфоидной ткани показал, что активность радионуклидов цезия - 137 и - 134 не превышала 24 ± 8 Бк на пробу, что указывает на отсутствие аккумуляции некорпорированных радионуклидов в лимфоидной ткани. При гистологической верификации биопсийного материала установлено преобладание явлений гиперплазии лимфоидной ткани с увеличением площади фолликулов, повышением числа митозов, отсутствием макрофагов и плазматических клеток; сосуды были резко полнокровными, отмечены перифолликулярный фиброз и преобладание в основном незрелых клеток и лимфобластов. При флуоресцентном определении иммуноглобулинов в биоптатах отмечалось отсутствие свечения иммуноглобулинов А в субэпителиальной зоне при нормальном свечении иммуноглобулинов класса М и С.

Учитывая особенности иммуногистологической картины лимфоидной ткани, в лечении данной группы больных были использованы аденоидотомия, а также препараты адаптогенного действия (метилурацил, оротат калия, поливитамины с токоферолом ацетатом, настойка лимонника, заманихи, экстракт элеутерококка).

В динамике обследованы 87 оперированных детей и 23 ребенка, которым была рекомендована аденоидотомия, но не прооперированным из-за отказа родителей. Из них 46 детей осмотрены трижды с интервалом 1,5-2 года, остальные - 1 или 2 раза. У 74,3%

обследованных отмечено стойкое выздоровление (ОРЗ 1-2 раза в год), значительное улучшение (ОРЗ 3-5 раз в год) наблюдалось у 15,3% детей. У 10,2% детей эффект от проведенного лечения был недостаточным (ОРЗ 5-7 раз в год), сохранялись затрудненное носовое дыхание, затыжные риниты. В основном это были дети с отягощенным аллергологическим анамнезом, хроническими синуситами. В 7% случаев отмечен рецидив аденоидных вегетаций. У детей с гипертрофией носоглоточной миндалины, которым не была произведена операция, положительной динамики не было.

Из приведенных данных видно, что у детей препубертатного возраста, проживающих на радиационно загрязненных территориях, при наличии гипертрофии лимфоидноглоточного кольца и соответствующей клинической картине целесообразна ранняя аденоидотомия.

В.С.КУНИЦКИЙ, В.П.СИТНИКОВ (Витебск)

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ ЗОНЫ ЖЕСТКОГО КОНТРОЛЯ

Изучение последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, повлекшей за собой загрязнение радионуклидами значительной территории Республики Беларусь, выявило значительный рост заболеваний дыхательной системы у жителей этих районов. Слизистая оболочка полости носа является одним из первых барьеров, контактирующим с радионуклидами вдыхаемого воздуха. Радиоактивные изотопы, в том числе продукты ядерного деления, находились в атмосфере на частицах с активным медианным аэродинамическим диаметром (АМАД) 4-7 мкм (А.К.Будыка и соавт., 1993). До 90% этих частиц задерживаются в полости носа (Л.А.Булдаков, 1990).

Для выяснения состояния некоторых функциональных механизмов полости носа у практически здоровых детей, проживающих в зоне радионуклидного загрязнения, нами обследовано 57 детей в возрасте от 6 до 14 лет в г.Корма Гомельской области (плотность загрязнения почвы свыше 15 Ки/км²). Контрольную группу составляли дети благополучного в радиационном отношении Витебского района.

В ходе проведенных исследований нами установлено угнетение мукоцилиарной функции у детей 6 - 10 и 11 - 14 лет ($8,2 \pm 0,11$ мин.; $p < 0,05$), а также повышение всасывательной и угнетение выделительной способности слизистой оболочки полости носа у детей в группе от 6 до 10 лет ($10,3 \pm 1,09$ мин., контроль - $15,9 \pm 1,72$ мин.; $24,2 \pm 2,1$ мин., контроль - $13,3 \pm 1,21$ мин., $p < 0,05$). Эти процессы взаимосвязаны и ведут к нарушению наиболее ранимых защитных механизмов полости носа. Активность мерцательного эпителия слизистой оболочки зависит от кислотно-щелочного состава отделяемого полости носа. Кислотно-щелочной баланс в обеих возрастных группах имел сдвиг в щелочную сторону, но более был выражен в группе детей от 6 до 10 лет - $7,4 \pm 0,3$, контроль - $6,3 \pm 0,12$ ($p < 0,05$).

Проведенные исследования свидетельствуют о значительных нарушениях ряда функциональных механизмов полости носа. Это указывает на нестабильность адаптационных механизмов слизистой оболочки полости носа при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды. Использование функциональных методов исследования слизистой оболочки полости носа позволит выделить группы детей с функциональными

нарушениями и преморбидными состояниями, разработать адекватные методы их коррекции.

О.В.КАРНЕЕВА, М.Р.БОГОМИЛЬСКИЙ (Москва)

К ВОПРОСУ О СЕПТОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

Одной из частых причин нарушения функции носа у детей является деформация носовой перегородки. В последние годы число детей, страдающих данной патологией, резко увеличилось, причем за счет больных с грубыми посттравматическими деформациями. В связи с этим для детских ринохирургов остаются актуальными вопросы, касающиеся тактики ведения данной группы больных, а именно: возрастные границы для хирургической коррекции; показания для вмешательства; объем хирургического вмешательства; применяемые трансплантаты; тактика при сочетанной патологии носовой перегородки и носовых раковин и другие.

На основании нашего опыта, а также анатомо-физиологических данных, мы считаем наиболее благоприятным возрастом для выполнения корригирующих операций на носовой перегородке 13 - 14 лет. Возможны и более ранние вмешательства, но только в случаях резко выраженных деформаций, вызывающих расстройства носового дыхания, обоняния, слуховой функции и другие. В ринохирургии вообще, а в детской ринохирургии особенно, при проведении корригирующих операций на носовой перегородке, должен применяться щадящий метод, но не в ущерб функциональному эффекту.

Корригирующие операции на перегородке носа выполнялись нами под наркозом, использовались хирургические приемы В.И.Воячека; М.Cottle. Однако в некоторых случаях, при грубых деформациях приходилось выполнять типичные подслизистые резекции с хорошим функциональным эффектом в отдаленном периоде. В нашей практике мы широко использовали оптическую эндоскопию как в предоперационном периоде, так и непосредственно во время операции. В предоперационном периоде эндоскопия позволяет уточнить степень деформации, особенно, в костном отделе, дает возможность планировать объем корригирующего вмешательства и прогнозировать его функциональную эффективность. Применение во время операции жестких эндоскопов с различными углами обзора значительно облегчало проведение хирургических вмешательств и делало их менее травматичными.

При проведении операций на носовой перегородке мы применяли как собственную хрящевую ткань, так и коллагеновые комплексы типа "Облекол". Коллагеновые комплексы широко применяются в настоящее время в хирургии, особенно трансплантационной и сосудистой, также в отохирургии. Сочетая в себе положительные качества синтетических полимеров и тканевых трансплантатов, лишенные анафилактических и канцерогенных свойств, коллагеновые препараты обладают свойствами, которые мы использовали для септоп ластик и. Пленка и губка "Облекол" выполняли функцию временного направляющего каркаса для регенерации, постепенно замещающегося собственными тканями. Этот эффект связан с высокой биологической пористостью комплексов. Коллагеновые комплексы обладают стимулирующим эффектом, усиливают процессы клеточной пролиферации, фибриллогенеза, сокращают стадию травматического воспаления; ускоряют эпителизацию. "Облекол" при септопластике у детей применялся как в комплексе с реимплантированным хрящом, так и в отдельности. "Облекол", помещенный между листками мукоперихондрия, выполнял роль каркаса носовой перегородки и протектора, предотвращающего атрофию

слизистой оболочки и образование перфораций носовой перегородки в послеоперационном периоде.

Детям, страдающим сочетанной патологией, деформацией носовой перегородки и вазомоторной ринопатией, была проведена лазерная подслизистая деструкция нижних носовых раковин как одномоментно с септопластикой, так и двухэтапно. Мы считаем, что хирургическая тактика у вышеуказанной группы больных должна быть индивидуальна в каждом конкретном случае. В послеоперационном периоде применялась эндоназальная лазеротерапия, позволяющая за счет улучшения микроциркуляции и нормализации обменных процессов в слизистой оболочке полости носа ускорить эпителизацию и восстановление физиологической функции полости носа.

Б.В.ШЕВРЫГИН, Р.П.НАРЦИССОВ, Н.Б.КУВШИНОВА (Москва)

ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ КЛЕТОЧНОЙ АДАПТАЦИИ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ МЕТАБОЛИТНОЙ КОРРЕКЦИИ В РИНОЛОГИИ

Тема адаптации - одна из центральных в биологии и медицине. Кроме теоретического она имеет большое практическое значение, так как состояние срыва адаптации лежит в основе любого патологического процесса в организме человека. В литературе по вопросам адаптации чаще всего обсуждаются высокоспециализированные приспособления на физиологическом, морфологическом, поведенческом и экологическом уровнях. В отличие от этого, мы в своем подходе к проблеме адаптации сделали попытку рассмотреть ее механизмы на внутриклеточном уровне. Величина механизмов долговременной адаптации определяется мощностью митохондриального окислительного аппарата клеток, их энергетическим и пластическим состоянием (Ф.В.Меерсон, М.Г.Пшеничникова, 1988). Взаимосвязь метаболического состояния митохондрий лимфоцитов периферической крови и адаптационно-компенсаторных реакций организма подтверждена экспериментальными исследованиями и клиническими работами в педиатрии (И.А.Комиссарова, 1983; Р.П.Нарциссов, 1984; В.М.Шищенко, 1988 и др.). Это явилось предпосылкой для возможности оценить адаптивные резервы организма при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух по состоянию энергетической системы клетки.

Методом количественного цитохимического анализа как в классических (Р.П.Нарциссов, 1969), так и в модифицированных реакциях в лимфоцитах периферической крови исследована активность сукцинатдегидрогеназы и альфа-глицерофосфатдегидрогеназы при вазомоторном рините и хроническом гнойном синусите у детей. Выявлены изменения ферментного статуса лимфоцитов периферической крови и перестройка клеточной популяции, свидетельствующие о нарушении энергетического обмена и снижении устойчивости клеток к воздействию различных факторов внешней и внутренней среды. Особенности изменения активности митохондриальных ферментов связаны с патогенетическими механизмами каждого заболевания, остротой течения и клинической симптоматикой.

С целью метаболической коррекции выявленных нарушений клеточной адаптации и воздействия на функциональное состояние слизистой оболочки носа при вазомоторном рините у детей мы применили комплекс препаратов - коферментов цикла Кребса и

электрон-транспортной цепи: тиаминпирофосфат, рибофлавина мононуклеотид, липоевую кислоту, пантотенат кальция.

Новый метод метаболитной терапии применен у 121 ребенка 4 - 15 лет с нейровегетативной и аллергической формами вазомоторного ринита. Состояние больных оценивали до и после лечения по клиническим критериям, функциональному состоянию слизистой оболочки носа, данным цитохимического анализа, показателям кардиоинтервалографии. Положительный результат лечения после первого курса отмечен у 87,5% больных с нейровегетативной формой, у 69% больных с аллергической формой, у 80% больных поллинозом. В результате лечения отмечалось улучшение энергетического потенциала клеток, тенденция к нормализации структуры популяции лимфоцитов по активности дегидрогенез, что указывает на повышение адаптационно-компенсаторных возможностей организма.

Таким образом, коферменты энергетического обмена, избирательно действуя на клеточный метаболизм и нормализуя состояние митохондриальных мембран, инициируют саногенный процесс на более высоких уровнях при вазомоторном рините у детей.

В.И.ЛИНЬКОВ, Г.П.ЦУРИКОВА, К.К.РАЕВСКИЙ, И.В.НУРАЛОВА
(Санкт-Петербург)

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Длительное нарушение носового дыхания у детей, особенно в возрасте 3 - 7 лет, в большинстве случаев связано с хроническим воспалением носоглоточной миндалины. Воспалительный процесс, как правило, развивается при инфицировании измененной лимфоидной ткани, находящейся в состоянии гиперплазии или гипертрофии. Причины разрастания носоглоточной миндалины до конца не изучены. По данным микробиологического исследования при хроническом аденоидите в носоглотке определяется различная бактериальная флора.

Сведений об участии хламидийной инфекции в данном патологическом процессе в доступной литературе нет. Вместе с тем, имеются публикации, посвященные выявлению хламидий при других заболеваниях ЛОР органов. Обнаружено присутствие хламидий в отделяемом из уха при различных формах острого и хронического среднего отита (S.C.Wels, 1986; H.Ogawa et al., 1990). При хроническом тонзиллите хламидий выявлены в 26,6% случаев из крипт небных миндалин, и этот факт авторы считают веским аргументом в пользу этиологической роли этого возбудителя (H.Ogawa et al., 1988). Интересным представляется наблюдение, свидетельствующее о том, что при хламидиозе у новорожденных наиболее колонизирована слизистая носоглотки (M.R.Hammerschlag et al., 1982). Согласно современным представлениям, род *Chlamidia* объединяет большую группу микроорганизмов, являющихся облигатными внутриклеточными паразитами. Рост и развитие хламидий происходит за счет энергетических элементов клетки, что приводит к снижению их жизнеспособности, вместе с тем полного разрушения клетки не происходит, вследствие чего хламидий могут длительное время персистировать в организме хозяина, иногда на всем протяжении жизни. Выделяют 4 вида хламидий: *C. psittaci*, *C. trachomatis*, *C. pneumoniae*, *C. pecorum*. Все хламидий сходны по морфологическим

признакам, однако каждый вид вызывает определенный круг болезней как у человека, так и у животных. Отмечено, что при хламидийной инфекции заболевание чаще приобретает латентное и хроническое течение.

Наша работа посвящена изучению роли хламидий при хроническом воспалении носоглоточной миндалины, следствием которой может быть нарушение роста и развития носа и околоносовых пазух. В течение 1991-1993 года проведены исследования в группе из 110 детей в возрасте от 2 до 14 лет, поступивших в ЛОР отделение для аденоидотомии. Материалом для микробиологического изучения служила аденоидная ткань, которую забирали в ходе операции. В лаборатории готовили мазки - отпечатки, которые затем исследовали прямым иммунофлуоресцентным методом с использованием экспериментальных серий хламидийного родоспецифического люминесцирующего иммуноглобулина, приготовленного на основе иммунных сывороток мышей. Диагноз ставили при наличии в препарате ярко флуоресцирующих типичных морфологических структур в виде элементарных частиц (5 и более), либо единичных внутриклеточных включений хламидий. В результате исследований хламидий выявлены в 49 случаях из 110 препаратов носоглоточной миндалины, что составляет 44,5%. Установить статистически достоверную связь частоты выявления хламидий с полом и возрастом ребенка на данном количестве материала не удалось. Для определения места хламидий в микробиологической структуре у 60 детей с хроническим аденоидитом одновременно с исследованием на поражение хламидиями проводили бактериологическое исследование мазков из носоглотки, которые брали непосредственно перед операцией. Наиболее часто обнаружены: *Str. pneumoniae* - 61,6%; *Str. viridans* - 41,6%; *Staph. aureus* - 23,3%. Хламидий в этой группе выявлены в 43,3%, что определяет их значительное представительство в микрофлоре носоглотки. В монокультуре хламидий встречались крайне редко, в большинстве случаев наблюдалась их ассоциация с бактериальной флорой. Наиболее частыми ассоциантами обнаруживался *Staph. pneumoniae*, в качестве дополнения при множественной инфекции чаще выступал *Staph. aureus*. Характер участия хламидий в формировании воспалительного процесса, по-видимому, сложен. Возможно непосредственное участие хламидий в возникновении воспалительного процесса, при котором в силу особенностей роста и развития микроорганизмов в клетке формируется латентное или хроническое течение болезни. Можно также предположить, что снижение резистентности клетки, обусловленное внедрением хламидий, делает ее доступной для сопутствующей инфекции. Нельзя, наконец, исключить эффект синергизма с другими представителями микрофлоры. Результаты нашей работы намечают ряд направлений для дальнейших исследований при изучении этиопатогенеза воспалительных заболеваний ЛОР органов.

Т.И.ГАРАЩЕНКО (Москва)

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ И ПАТОЛОГИЯ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ

Дисфункция слуховой трубы, особенно при экссудативных отитах, - основная причина тугоухости у детей. Аденоидотомия эффективна у 27-51% больных при данном виде негнойной патологии среднего уха. Обследовано 126 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, страдавших различными заболеваниями среднего уха (рецидивирующие,

секреторные, адгезивные отиты), имевших I-II степень тугоухости кондуктивного типа. По результатам импедансометрии преобладала тимпанограмма типа В и С и II-III степень проходимости слуховой трубы.

Осмотр жесткими эндоскопами диаметром 1,9 и 2,7 мм с 30°, 70°, 90° углами обзора выявил у 20, детей согласно классификации Bluestone, I тип дисфункции - патологический "рефлюкс" секрета в слуховую трубу в связи с невыраженностью трубных валиков. У 7 недоношенных детей в этой группе отмечено зияние слуховых труб. II тип дисфункции - обструкция слуховой трубы - определялся у 106 пациентов, из них нарушение проходимости за счет незрелости мышечно-хрящевого аппарата отмечено у 14 детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года, а механическая обструкция (аденоидные вегетации; гиперплазия трубных миндалин, грануляции, рубцы после аденоидотомии) - у 42 детей, у 50 детей дисфункция слуховой трубы была обусловлена отечно-катаральным и вазомоторным процессом. Аденоидные вегетации II - III степени выявлены у 104 детей, но только у 50 из них по данным эндоскопии они смещались в полость носа при глотании, прикрывали устье слуховой трубы и соприкасались с задними отделами нижних и средних носовых раковин. Аденоидотомия выполнена у 70 больных, причем существенного улучшения слуха после операции не отмечено у 35 детей с отечно-катаральным, вазомоторным и обструктивным евстахеитом. При эндоскопическом обследовании полости носа у 12 детей была диагностирована *concha bullosa*, у 8 - латерофиксация средней носовой раковины, у 7 - искривление средней носовой раковины с обструкцией среднего носового хода, решетчатой воронки и лобного кармана. Аномалии положения крючковидного отростка, гиперплазия *agger nasi*, удвоение задних отделов средней носовой раковины, расщепление нижней носовой раковины в сочетании с искривлением носовой перегородки в костном отделе приводили к нарушению передвижения слизи вокруг устья слуховой трубы, образованию патологической циркуляции и рефлюксу слизи в слуховую трубу из носоглотки.

Функциональные реконструктивные операции в области среднего носового хода (сублюксация раковин, латеральная резекция *concha bullosa*, резекция крючковидного отростка, при необходимости - вскрытие решетчатой буллы), а также подслизистая лазерная передняя и задняя конхотомия с воздействием на зону Бокка приводили к положительным результатам - нормализации эвакуации секрета из околоносовых пазух и восстановлению физиологических путей транспорта слизи вокруг глоточного устья слуховой трубы. Тональная и речевая аудиометрия, импедансометрия подтвердили улучшение слуховой функции у 79% больных.

А.А.ГАМЗАТОВА, Г.А.ГАДЖИМИРЗАЕВ (Махачкала)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Большинство применяемых методов лечения вазомоторного ринита недостаточно эффективны. Одни и те же методы применяются при всех формах этого заболевания. Мы выделяем четыре формы вазомоторного ринита: атоническую (неинфекционно-аллергическую), инфекционно-аллергическую, нейровегетативную и смешанную (Г.А.Гаджимирзаев, 1991, 1993; А.А.Гамзатова, 1993; А.А.Гамзатова, Г.А.Гаджимирзаев, 1994).

Полагаем, что с новыми достижениями науки допустима коррекция предложенной классификации, но нам кажется, она отражает уровень знаний в ринологии на сегодняшний день.

Под наблюдением находился 161 больной ребенок. Возраст обследованных детей колебался от 3 до 15 лет. Из общего числа обследованных у 103 больных диагностирована неинфекционно-аллергическая форма вазомоторного ринита, у 19 - инфекционно-аллергическая, у 8 - нейровегетативная, у 31 - смешанная форма. При лечении детей с разными формами вазомоторного ринита применялся дифференцированный подход.

Наблюдения показали, что наиболее эффективным методом при атопической форме ринита является специфическая иммунотерапия, при этом лучшие результаты наблюдались у больных с моноаллергией к пылевым антителам. При сочетании пылевой и пыльцевой аллергии проводили специфическую иммунотерапию параллельно двумя группами аллергенов. При наличии дисбаланса в иммунной системе, который имел место почти у 90% больных, проводилась иммунокорректирующая терапия: вилозен, тимоген, тимоптин, левамизол.

У больных с инфекционно-аллергической, нейровегетативной и смешанной формами вазомоторного ринита дифференцированно применялись следующие методы лечения: специфическая иммунотерапия, термопульсация, ультразвуковая и лазеротерапия, эндо-назальный ионофорез 2% раствором хлористого кальция и 0,5% димедрола, длинноволновые ультрафиолетовые лучи, медикаментозные методы санации очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей.

По результатам динамического наблюдения клинических проявлений, иммунного статуса, цитологической картины и мукоцилиарного клиренса лучший лечебный эффект при инфекционно-аллергической форме вазомоторного ринита был получен от санации очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей в сочетании с лазерной и иммунокорректирующей терапией, а при нейровегетативной форме - от использования термопульсации и иммунокорректирующей терапии. При смешанной форме лучшие результаты дает сочетание специфической иммунотерапии с термопульсацией и иммунокоррекцией.

Н.М.ХМЕЛЬНИЦКАЯ, Л.М.КОВАЛЕВА (Санкт-Петербург)

ПАТОГЕНЕЗ ПОЛИПОЗНЫХ ФОРМ СИНУСИТА У ДЕТЕЙ

Наблюдающееся в последние годы значительное учащение заболеваний носа и околоносовых пазух у детей протекает на иммунной основе (В.П.Быкова, 1983; М.Я.Козлов, 1985). Хронический полипозный синусит также часто связан с нарушением местного иммунитета. В связи с этим было предпринято изучение морфогенеза полипозных форм синусита у детей и сопоставление с данными иммунологических исследований. Проведено морфологическое исследование слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и полипов носа у 30 детей с хроническим синуситом. Воспалительные изменения в ней в ответ на воздействие повреждающего агента (чаще вирусной инфекции) протекают с участием иммунокомпетентных клеток.

По данным иммунологического исследования у всех больных детей полипозным синуситом отмечена тенденция к снижению сывороточных глобулинов классов С и А

(Л.М.Ковалева и соавт., 1988), что не исключает наличия у детей с данной патологией иммунодефицитного состояния (вторичного иммунодефицита). Изучение структуры слизистой оболочки ВЧП при хроническом воспалении также позволило обнаружить морфологические признаки аллергических проявлений, которые характеризовались наличием изменений стенок сосудов, скоплениями иммунокомпетентных клеток, явлениями отека стромы, особенно при рецидивирующих полипах.

Изучая морфогенез слизистой оболочки ВЧП при хроническом синусите у детей, можно выделить несколько этапов. I этап - острое серозно-катаральное воспаление в слизистой оболочке ВЧП с развитием отека собственного слоя. II этап - при повторных обострениях воспалительного процесса в сенсibilизированной слизистой оболочке наблюдается повышение проницаемости сосудистой стенки, накопление белковых депозитов в строме, значительное повышение содержания плазматических клеток, эозинофилов и макрофагов. III этап - развитие грануляционной ткани, полипозные разрастания слизистой оболочки ВЧП с формированием полипов и фиброзированием собственного слоя слизистой оболочки.

Проведенное исследование указывает на то, что хронические синуситы развиваются в условиях снижения местного иммунитета. Это, в свою очередь, способствует развитию полипозных изменений в слизистой оболочке. Таким образом, хирургическое лечение полипозных форм синусита основывается на правильных патогенетических представлениях, связанных с изучением патоморфогенеза этого заболевания.

Прочие вопросы ринологии

И.С.ПISКУНОВ (Курск)

КЛИНИЧЕСКАЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПОГРАНУЛЕМЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.

Липогранулема верхнечелюстной пазухи образуется в результате асептического воспалительного продуктивного процесса, развивающегося в ответ на введение в пазуху маслосодержащих контрастных препаратов (йодолипола). Известно, что йодолипол обладает высоким удельным весом, оседает на дне пазух, угнетает транспортную функцию мерцательного эпителия, не смешивается с секретом, продуцируемым слизистой оболочкой, нарушает дренажную функцию естественного соустья пазухи. Под нашим наблюдением находилось 12 больных с липоидной гранулемой верхнечелюстной пазухи.

По нашему мнению, процесс образования липогранулемы протекает следующим образом. В участке слизистой оболочки, контактирующей с йодолиполом, происходит гибель и десквамация эпителиального слоя, в строме слизистой оболочки начинается хронический асептический воспалительный процесс, проявляющийся усилением микроциркуляции, отеком, скоплением макрофагов (липофагов), разрастанием соединительной ткани, закупоркой выводных отверстий желез, что подтверждается проведенными нами морфологическими исследованиями удаленных во время операций липоидных гранулем.

При поступлении больные жаловались на головную боль различной интенсивности, боли в области пораженной пазухи, затруднение носового дыхания. Всем больным ранее в сроки от 10 лет до 6 мес. была произведена пункция с последующим введением йодолипола. При выполнении в клинике диагностической пункции только у 3 больных было получено слизисто-гнойное отделяемое. У остальных промывная жидкость была чистой, что еще раз свидетельствует об асептическом характере воспалительного процесса.

Анализ рентгенологической картины подтверждает, что йодолипол в пазухе подвергается дроблению на капли различного размера, вокруг которых образуется соединительнотканная капсула. На обзорных рентгенограммах в просвете пазухи определяется объемное образование различной величины с четкими контурами, которое включает в себя капли йодолипола. При обследовании с полимерным контрастным препаратом у большинства больных выявляется полицикличность тени объемного образования, локализующегося на нижней стенке пораженной пазухи. Полицикличность тени обусловлена формированием на его поверхности мелких кистозных и полипозных образований, лучше всего визуализирующихся на боковом снимке, что подтверждают операционные находки.

Ю.А.ДЖАМАЛУДИНОВ (Махачкала)

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АТРОФИЧЕСКИХ РИНИТОВ У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА СТЕКЛОВОЛОКНА

Работающие в производстве стекловолокна подвергаются воздействию его пыли (в концентрации от 6 до 21 мг/м³), аэрозолей, замасливателей и неблагоприятного микроклимата (высокая температура, повышенная влажность). Под нашим наблюдением находилось 246 работников ткацких цехов (женщин - 193, мужчин - 53). Возраст обследованных от 18 до 53 лет. Стаж работы от 2 до 27 лет. 153 пациента (62,2%) жаловались на чувство сухости в носу и першение в горле. При риноскопии экзема входа в нос обнаружена у 9 рабочих (3,6%); волоски предверия полости носа оказались слабо развитыми у 169 (65%), умеренно развитыми - у 69 (28%) и густо расположенными - у 17 (6,9%); слизистая оболочка была бледно розовой у 47 обследованных (19%), бледной - у 145 (59%), гиперемированной - у 54 (22%), кроме того, она представлялась влажной у 71 (29%), суховатой - у 123 (50%) и сухой - у 52 (21%).

Таким образом, нормальное физиологическое состояние слизистой оболочки носа было обнаружено в 19% случаев. С увеличением стажа работы заметно учащались случаи субатрофической и атрофической форм ринита, больше выраженного в передних отделах полости носа. Во время работы слизистая оболочка передне-нижнего отдела хрящевой части перегородки и передние концы нижних раковин были покрыты тонким слоем засохшей слизи и белесоватым пылевым налетом. Только в единичных случаях диагностирована гипертрофическая форма ринита, чаще наблюдались случаи на фоне атрофических изменений в полости носа.

При изучении функционального состояния слизистой оболочки полости носа отмечены нарушения обонятельной, выделительной, калориферной функций и замедление скорости мукоцилиарного транспорта. Выявленные изменения мало зависят от пола и возраста работающих, а нарастают пропорционально стажу.

Учитывая положительное действие ингаляций на состояние верхних дыхательных путей, их противовоспалительный эффект и стимулирующее влияние на железистый аппарат при здравпункте завода был организован ингаляторий, оснащенный ультразвуковыми ингаляторами "ТНОМЕХ L-2". В качестве ингалируемых препаратов при лечении атрофических ринитов и ринофарингитов нами применялись настои трав: ромашки, шалфея и подорожника, а также пелоидин, продигозан и щелочные минеральные воды.

На ингаляции рабочие приглашались группами по 20 - 30 человек. Продолжительность курса лечения составила 10 - 12 дней. В схему лечения включали также препараты железа и поливитаминные препараты в общепринятых дозировках.

При лечении 57 больных, у которых дистрофический воспалительный процесс сочетался с проявлениями аллергического воспаления, аэрозольные ингаляции комбинировались с облучением полости носа монохроматическим красным светом. В качестве источника монохроматического красного света использовался гелий-неоновый лазер ЛГ-75, плотность мощности которого 100 МВт/см². Облучение осуществлялось с помощью моноволоконного кварцевого световода. Экспозиция облучения - до 5 минут. Лечебные сеансы проводились ежедневно в течение 10 дней.

Эффект от проводимого лечения выражался в увлажнении, изменении цвета, а также в нормализации основных функциональных показателей слизистой оболочки полости носа (температура, двигательная способность мерцательного эпителия, концентрация водородных ионов в носовой слизи).

Н.С.БЛАГОВЕЩЕНСКАЯ (Москва)

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ НОСОВОЙ ЛИКВОРЕИ И ВЫБОРЕ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Носовая ликворея (НЛ) - тяжелое заболевание, часто осложняющееся менингитом, менингоэнцефалитом, абсцессом мозга, ведущее к стойкой инвалидности и даже летальному исходу. Практические оториноларингологи мало знакомы с этой формой заболевания и нередко длительно (1-5 лет) ставят больным диагноз вазомоторного ринита.

В работе анализируются 70 случаев НЛ различного генеза. По этиологическому признаку НЛ делят на следующие группы:

1. Возникшая в результате дефектов кости в области продырявленной пластинки, крыши решетчатого лабиринта, церебральных стенок околоносовых пазух опухолевого, травматического и ятрогенного генеза. Причиной ликвореи бывают удаление полипов носа, вскрытие пазух решетчатой кости, трансназальное удаление опухоли гипофиза, а также дизэмбриогенетические врожденные дефекты крыши носа с наличием внутриносовых мозговых грыж и ликворных кист.

2. Возникшая вследствие повышения внутричерепного давления опухолевого или воспалительного генеза, а также при сильном кашле во время ларинготрахеита, бронхита.

3. НЛ с невыясненной причиной возникновения.

НЛ делится на краниосинусоназальную и кранионазальную, при последней чаще возникают внутричерепные осложнения. Диагностика НЛ основывается на:

1. Эндоскопии полости носа.
2. Определении наличия сахара в отделяемом из носа (в носовом секрете его нет).
3. Рентгеновской или компьютерной томографии области ситовидной пластинки во фронтальной плоскости.
4. Радионуклидной цистернографии в сочетании радиометрией тампонов носа.
5. Компьютерной томографии.
6. Ведении красящего вещества флюоресцина эндоназально с последующей эндоскопией носа.

Комплексное обследование больных НЛ позволяет установить диагноз этого заболевания по данным эндоскопии, что особенно важно при небольшой и скрытой ликворее, а также выявить ликворные кисты, мозговые грыжи, опухоли в полости носа. Визуальные находки при эндоскопии полости носа помогают выработать показания к тому или иному виду оперативного вмешательства и прогнозировать его успех. Отоневрологическое обследование выявляет резидуальные симптомы перенесенных менингитов и травм, среди которых наиболее часто наблюдаются нарушения обоняния (35%) и нейросенсорная тугоухость (30%) вплоть до полной глухоты с выпадением вестибулярной функции. При дифференциальной диагностике с аллергическим ринитом важным признаком является

определение сахара в отделяемом из носа. Ткань носового платка при высыхании не становится жесткой, а при рините она как бы подкрахмалена. Ликворея чаще бывает односторонней, для ринита характерны выделения из обеих половин носа. Очень сложна диагностика скрытой носовой ликвореи. Однако, если больной без видимой причины перенес менингит 10-15 раз, то в первую очередь надо предположить скрытую НЛ.

Выбор метода хирургического лечения во многом зависит от сопутствующих изменений в полости носа. По риноскопическим данным НЛ можно разделить на: 1. НЛ без сопутствующих изменений в полости носа. 2. НЛ, сопровождающую внутримозговые мозговые грыжи, ликворные кисты. 3. НЛ сочетающуюся с синуситами. В каждой из этих групп показания к выбору хирургического вмешательства различны, причем данные риноскопической картины имеют важное значение.

Ю.М.ОВЧИННИКОВ, С.В.МОРОЗОВ, Л.М.ШИБИНА, М.Я.БЕЗЧИНСКАЯ
(Москва)

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПО- И АНОСМИИ

Проблема диагностики и лечения нарушений восприятия и идентификации запахов является актуальной и современной в оториноларингологии. Это обусловлено достаточно большой распространенностью обонятельных нарушений, а также необходимостью повышения клинической эффективности лечения больных с гипо- и anosмией различной этиологии.

В клинике болезней уха, горла и носа ММА им. Сеченова проводится разработка комбинированного лечения больных с перцептивными нарушениями обонятельной функции. По нашим наблюдениям, наиболее частой причиной возникновения острых перцептивных обонятельных нарушений являются инфекционные заболевания (грипп, ОРВИ), либо вдыхание раздражающих химических веществ. Всем наблюдаемым больным с обонятельными нарушениями (300 чел.) проводили многоплановое обследование, включающее осмотр ЛОР-органов, КТ, МРТ, электроэнцефалографию, консультации гастроэнтеролога, психотерапевта, стоматолога, а также бактериологическое и цитологическое исследование отделяемого из полости носа, подробное отоневрологическое обследование. Ольфактометрию производили как субъективным качественным методом с применением широкого набора пахучих веществ ольфакторного и смешанного воздействия, так и субъективным количественным методом с применением ольфактометра Т-36. Сравнительный анализ комплексов лечебных мероприятий позволил высказать предположение о том, что наиболее эффективным при острых перцептивных обонятельных нарушениях является комбинированная терапия с использованием вазоактивных и антигипоксантных лекарственных препаратов, вводимых парентерально, рефлексотерапии и гелий-неонового лазера.

Курс классической рефлексотерапии состоял из 3-х циклов по 10 процедур с интервалами между циклами 1 и 2 месяца. Использовали корпоральные точки общего действия соответствующего сегментарного уровня, локальные точки на лице и аурикулярные точки. Учитывали как воздействие рефлексотерапии на местные изменения в

обонятельной зоне, так и генерализованные неспецифические реакции, коррекцию эмоционального состояния больного.

Основываясь на результатах многочисленных экспериментальных и клинических исследований, доказавших вазоактивное, иммунокорректирующее и противовоспалительное действие гелий-неонового лазера, в комбинированное лечение больных с гипо- и anosмией было включено использование аппарата на базе гелий-неоновой лазерной установки ЛТМ-01 с длиной волны 0,63 мкм, со специальными световодными устройствами и расфокусирующим наконечником. В результате проведенного лечения положительный клинический результат - улучшение или восстановление обоняния (субъективно и по данным ольфактометрии) достигнут у 31 больного из 42, получавших лечение с использованием рефлексотерапии, у 23 больных из 35 - после лазеротерапии. Побочных явлений зарегистрировано не было. Нормализации или дальнейшей положительной динамике обонятельной функции способствовало проведение повторного курса лечения.

Таким образом, предлагаемые варианты комбинированного лечения больных с обонятельными нарушениями могут быть рекомендованы для применения в оториноларингологической практике.

В.П.СИТНИКОВ (Витебск)

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Патология полости носа и околоносовых пазух у жителей крайнего Севера чаще развивается в первые годы проживания в этом регионе. Это обусловлено неблагоприятным воздействием экстремальных факторов Заполярья на защитную, дыхательную и обонятельную функцию полости носа, что проявляется в нарушении всасывания, изменении кислотно-щелочного баланса, снижении активности мерцательного эпителия (Т.П.Сметана, 1981; Л.П.Мельникова, 1978; С.В.Дудкин, 1978). Одним из наиболее распространенных заболеваний является вазомоторный ринит, в клиническом течении которого в этих условиях на первом месте стоит синдром обструкции. Весьма распространены заболевания параназальных синусов, особенностью клинического течения которых является преобладание экссудативно-продуктивного процесса (гнойные и гнойно-полипозные формы). Острые фронтиты составляют 1/3 от заболеваний околоносовых пазух. Заболевают чаще лица в возрасте от 20 до 40 лет. Этиологическим фактором, в основном, являются грипп и острые респираторные инфекции. Обращает на себя внимание редкость риногенных внутричерепных осложнений за счет контактного распространения гнойно-кариозного процесса.

В комплексе диагностических тестов у северян перспективно термографическое обследование. Нами (В.П.Ситников, Т.А.Егорова, 1990) описан "северный вариант нормы" термограммы лица здоровых жителей Севера, который характеризуется преобладанием гипотермических кожных зон. Установлена высокая термогенная активность гнойных гемисинуситов у жителей Севера, причем в процессе лечения термоасимметрия регистрируется на 5-6 дней дольше, чем у жителей Восточной Сибири.

При обследовании детей коренных народностей Севера (В.П.Ситников и соавт., 1981; 1985) аденоидные вегетации обнаружены у 9%, хронический вазомоторный ринит

- У 10%, хронический гнойный верхнечелюстной синусит - у 7% обследованных. Из клинических проявлений воспалительных заболеваний полости носа у народностей Севера на первом месте стоит обильная ринорея, нередко сопровождающаяся мацерацией кожи преддверия носа. При передней риноскопии отмечается скопление слизисто-гнояного отделяемого в общих носовых ходах, застойная гиперемия, отечность слизистой оболочки. Аденоидные вегетации имеют плотную консистенцию, редко кровоточат после манипуляции. Носоглотка у детей коренных народностей сравнительно глубокая и узкая, что следует учитывать при выполнении аденоидотомии.

На основании 20 летнего опыта работы на Крайнем Севере мы пришли к следующим выводам: 1. При коррекции перегородки носа и нижней конхотомии необходимо прибегать к реимплантации удаленного аутохряща и избегать полного удаления носовых раковин во избежание развития атрофических процессов и перфорации перегородки носа. 2. При коррекции седловидного носа нужно избегать применения имплантатов и формировать по возможности толстый кожно-жировой лоскут в области спинки носа с целью профилактики отморожений. 3. При операциях на околоносовых пазухах следует отдавать предпочтение остеопластическим вариантам, которые обеспечивают участие параназальных синусов в основных функциях верхних дыхательных путей, в том числе в адаптации к холодному фактору. 4. Учитывая повышенную кровоточивость при операциях на околоносовых пазухах у северян, обязательно предварительное назначение гемостатических препаратов и аскорбиновой кислоты с динамическим контролем гемограмм.

Знание особенностей клинической картины заболевания у северян с заболеваниями носа и околоносовых пазух позволило избежать послеоперационных осложнений и добиться положительного результата у 80% оперированных.

Л.Г.ХРОМОВ, М.П.НИКОЛАЕВ, С.А.ФОМИНА, С.В.АКУЛОВ (Москва)

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИДРОГЕЛЕЙ ДЛЯ ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Вопрос остановки носовых кровотечений остается актуальным. В последние годы в восстановительной хирургии успешно используются полимерные материалы и изделия на их основе. Разрешены к использованию в медицинской практике полимерные вспенивающие композиции. На базе этих препаратов, используемых для внутрисполостного и внутривенного введения, могут быть образованы гидрогелевые материалы для гемостаза при носовых кровотечениях.

Наши исследования показали, что лучшие результаты достигались при использовании в качестве основы пеногидрогелей полимеров, содержащих в своем составе определенное сочетание гидрофобных и гидрофильных звеньев. В качестве первого использованы винилацетат или этилакрилат, содержание которых в макромолекуле сополимера не должно превышать 40% масс. Гидрофильными компонентами являлись мономеры акриламид и винилнитролидон. Основным структурным компонентом в подобном материале является акриламидгидразид. Уникальность последнего состоит в том, что он обеспечивает не только структурирование жидкой композиции, т. е. превращение ее в гелеобразное состояние, но и вспенивает образующийся гидрогель.

Имея в виду целевое использование гидрогеля для обеспечения гемостатического действия при носовых кровотечениях в него включены апробированные ранее средства: аминокaproновая кислота, сульфат натрия или их сочетание, а также этилалгинат. Влияние количественного содержания выбранных субстанций на гемостаз изучалось экспериментально и было оптимизировано в пределах от 8 до 20% масс. По результатам физико-химических исследований определены условия набухания и экспозиции при контакте с водой. Показано, что в условиях *in vitro* в течение первой минуты объем гидрогеля увеличивается до 300%. Подобное увеличение объема при сохранении ригидности материала обеспечивает действие механического фактора - сжатия кровоточащего сосуда. Присутствие в геле целевых добавок способствует его терапевтическому гемостатическому действию.

Гидрогели апробированы в клинике при носовых кровотечениях. Получены обнадеживающие предварительные результаты. Однако, требуется накопление материала для определения показаний к их применению.

Г.М.ГРИГОРЬЕВ, И.И.ТОМИЛОВ, Н.С.ЗАГАЙНОВА, Х.Т.АБДУЛКЕРИМОВ
(Екатеринбург)

ОБ ОШИБКАХ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ошибки, допущенные при оказании помощи больным с носовыми кровотечениями (НК) могут явиться причиной тяжелых осложнений и неблагоприятных исходов. Несмотря на многочисленные публикации, посвященные этой важной проблеме (А.Г.Лихачев, 1964; И.Л.Курилин и соавт., 1981; Б.Н.Невский, 1983; М.А.Шустер и соавт., 1989), ряд ее аспектов нуждается в уточнении.

В ЛОР клинике Уральского ГМИ в 1989-93 гг. лечились 535 больных с НК в возрасте от 19 до 80 лет, в том числе 311 мужчин и 224 женщины. Причиной кровотечения у 310 пациентов была патология сердечно-сосудистой системы, у 171 - травмы лицевого скелета, вирусные инфекции - у 28, другие заболевания - у 26 человек.

Наиболее важные ошибки, выявленные при анализе историй болезней, встречались при определении степени кровопотери по показателям частоты пульса, величины артериального давления и лабораторных данных (количество эритроцитов, тромбоцитов, гематокрит). Обычно имеет место переоценка лабораторных данных, так как сразу после массивной кровопотери вследствие выхода крови из депо, показатели крови в течение 1-2 суток создают впечатление видимого благополучия.

Недостаточное обследование больных, поступивших с посттравматическими НК, как правило, является причиной ошибок при оказании им неотложной помощи. Повторное исследование коагулограммы, наблюдение терапевта и гематолога дают возможность предупредить развитие ДВС-синдрома. Лабораторный ДВС-синдром был обнаружен у 30 больных. Это дало возможность изменить тактику: вместо повторных переливаний крови, эритроцитарной, тромбоцитарной взвеси, е-аминокaproновой кислоты применялись вливания свежезамороженной плазмы и ингибиторов протеаз - трасилола и контрикала. Для уточнения источника посттравматического НК недостаточно используются данные рентгенологического и неврологического обследования. Эти данные у 3 больных дали возможность остановить НК при промоции перевязки наружной сонной артерии, у одного

- вскрытием и тампонадой решетчатого лабиринта. Двое пациентов были успешно оперированы в нейрохирургической клинике по поводу посттравматической аневризмы внутренней сонной артерии.

Иногда допускаются ошибки при выполнении тампонады носа, недооценивается значение петлевой тампонады по В.И.Воячеку, пневмотампонады по М.П.Мезрину и Б.Н.Невскому (1983), используются слишком большие задние тампоны. При необоснованном удлинении сроков задней тампонады может возникнуть состояние гипоксии, которая особенно опасна у больных церебральной формой атеросклероза и повреждением коронарных артерий. Гипоксия, бы сто развивающаяся при появлении реактивного отека мягкого неба у лиц с высоким расположением корня языка, является причиной беспокойства больных, подъемов артериального давления, возобновления кровотечений сквозь тампоны, ишемии миокарда и способствует развитию ДВС-синдрома. Из 535 больных выздоровели 532, умерли трое. Причинами смерти были распадающаяся злокачественная опухоль основания черепа, нераспознанная посттравматическая аневризма сонной артерии, остановка сердца вследствие гипоксии на фоне ишемической болезни сердца. Наш опыт свидетельствует о целесообразности расширения показаний к хирургическим методам остановки НК. и нежелательности удлинения сроков задней тампонады носа, продолжительность которой, как правило, не должна превышать 6-8 суток.

Н.И.КОСТРОВ (Санкт-Петербург)

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ПОЛИПОЗЕ НОСА И ХРОНИЧЕСКИХ ГАЙМОРИТАХ

Исследования отечественных и зарубежных авторов доказали важную роль системы гипофиз - кора надпочечников в защитных реакциях организма на действие инфекционных, термических, токсических и других агентов. Успешное применение при лечении некоторых аллергических заболеваний носа и околоносовых пазух гормонов коры надпочечников и адренокортикотропного гормона гипофиза позволяет сделать заключение о значении функционального состояния надпочечников в механизме развития и клинического течения аллергических заболеваний. Благоприятный терапевтический эффект указанных гормонов обусловлен способностью последних изменять реактивность тканей, снижать степень выраженности аллергических реакций, уменьшать проницаемость тканевых мембран и т. д. Поэтому определение функциональной способности коры надпочечников (секреции стероидных гормонов) при аллергических заболеваниях является чрезвычайно важным и необходимым условием для обоснованного применения АКТГ и кортизона.

Для оценки функционального состояния и потенциальных возможностей коры надпочечников мы применяли четырехчасовую эозинпеническую пробу Торна с внутримышечным введением 25 ед. АКТГ (обследовано 47 чел.). Абсолютное количество эозинофилов определялось в счетной камере Горяева, для разведения крови с этой целью применялась красящая жидкость Хинкпемана. Исследование уровня экскреции 17-кетостероидов в суточном количестве мочи проводили по методу Дрекера в модификации С.А.Афиногеновой (обследовано 38 чел.).

Проведенные исследования показали, что эозинопеническая проба в большинстве случаев была положительной, т. е. снижение абсолютного количества эозинофилов через 4 часа после введения АКТГ (по сравнению с исходным уровнем) превышало 50%. У 25% обследованных проба была отрицательной, т. к. снижение было незначительным и варьировало от 25 до 39%. Общее количество нейтральных 17-кетостероидов до операции у мужчин составляет в среднем 15,9 мг, у женщин - 9,9 мг, а после операции их уровень снижается и равен соответственно 14,6 мг и 9,1 мг. Если различия в содержании 17-кетостероидов в зависимости от пола исследуемых являются достоверными, то разница между до- и послеоперационным уровнем не существенна. Следует заметить что отрицательная эозинопеническая реакция и понижение содержания 17-кетостероидов наблюдаются чаще у лиц, которые длительное время страдают рецидивирующим полипозом носа и неоднократно подвергались оперативному лечению. Полученные данные были основанием для применения преднизолона у 16 больных.

Результаты функционального исследования коры надпочечников следует учитывать при проведении комплексного лечения больных полипозом носа и хроническим гайморитом путем назначения соответствующей заместительной или стимулирующей гормональной терапии (АКТГ, преднизолон и др.). Курс лечения преднизолоном проводится кратковременно и в малых дозах. В течение 9 дней суммарная доза составляет 90 мг по следующей схеме: 1-3 сутки - по 5 мг 3 раза, 4-6 сутки - по 5 мг 2 раза и 7-9 сутки - по 5 мг однократно. Указанная схема лечения не сопровождается угнетением функций коры надпочечников.

Г.Н.УРЮПОВА, М.А.РЯБОВА (Санкт-Петербург)

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР ОРГАНОВ

Наблюдая больных с вазомоторными ринитами, прозопалгиями, ларингоспазмами, мы обратили внимание на то, что у ряда из них при нечеткости жалоб, клинических признаков ЛОР заболевания отмечаются явные нарушения эмоциональной сферы, поведения. После консультации психотерапевта, невропатолога, психиатра у таких больных нередко выявлялись соматизированные депрессии.

К маскированным, скрытым, либо, как их часто называют соматизированным депрессиям относят состояния, в которых депрессии скрыты за фасадом разнообразной соматовегетативной симптоматики. Диагностика этих состояний в значительной мере затруднена в связи со сходством клинической картины с соматическим заболеванием. Больные обычно обращаются к врачам непсихиатрам, длительное время лечатся и обследуются безуспешно, обращаются в различные лечебные учреждения, где иногда предпринимаются различные вмешательства.

При этом врачами общего профиля не обращается внимание на угнетенное состояние больных, их высказывания о тяжести соматического страдания и безуспешности терапии и оперативных вмешательств. "Маски" депрессии могут быть различны, в частности, в оториноларингологии - это боли в ушах, нарушения глотания, хрипы или ощущение "комка" в горле, неопределенные невралгии в области лица, глотки и гортани.

Клинические проявления скрытой депрессии могут имитировать картину любого органического или функционального нарушения. Поэтому больные попадают к врачам практически любой специальности и часто длительное время наблюдаются ими. В ЛОР практике таким больным чаще ставятся диагнозы: вазомоторный ринит, а также бронхиальная астма, астмоидный бронхит, ларингоспазм, тригеминит. Описание больными своего состояния нередко сопровождается жалобами на быструю утомляемость, отсутствие энергии, неопределенное беспокойство, нарушение сна, аппетита, "потерю веса", ощущения "несвежести".

Часты алгически-сенестопатические расстройства: это своеобразные, трудно поддающиеся описанию, неприятные, нередко мучительные боли и патологические ощущения, возникающие в любой части тела или организма. Больные часто называют их "бродячими", "ходячими", "блуждающими", "скачущими". Их продолжительность и интенсивность может колебаться, часто сопровождается необъяснимым страхом и беспокойством. Больной с трудом подбирает слова для их характеристики, явно затрудняется в их описании. Ощущения необычны, не укладываются в рамки конкретных соматических недугов. Имеется топографическое несоответствие болей зонам иннервации и типичным для соматических заболеваний иррадиациям боли часто мигрируют. Нет эффекта от болеутоляющих средств. Больные часто проявляют большую настойчивость в требовании различных методов обследования, часто посещают врача, настаивают на назначении новых медикаментов.

Дыхательные нарушения при маскированной депрессии чрезвычайно разнообразны: периодически отмечается ощущение заложенности в носу, зуд, онемение, жжение, покалывание, напряженность в области носа, околоносовых пазух без четкой локализации и соответствия анатомическому расположению пазух (вазоморно-аллергические нарушения). Затруднено носовое дыхание, имеются обильные слизистые выделения, нарушается обоняние, изменяется тембр голоса. В момент приступа наблюдается неравномерность окраски слизистой оболочки носа, набухание и отек раковин.

В случае, когда скрытая депрессия протекает с преобладанием невротических расстройств, могут наблюдаться явления ларингоспазма, сопровождающиеся кратковременной остановкой дыхания, последующим резким кашлем, воспринимающимся как приступ. Часто этому предшествует попадание пищи в дыхательные пути при торопливой еде, внезапном испуге, неприятном разговоре. Прежде всего следует обратить внимание на то, что обычные методы диагностики оказываются безуспешными, нет эффекта от обычной терапии или оперативных вмешательств. Следует обратить внимание, что соматовегетативный "фасад" маскированных депрессий никогда полностью не имитируют их картину. Признаком, позволяющим заподозрить наличие психического заболевания является часто необычный характер жалоб больных, иногда они не могут указать локализацию болей, указывают на их мигрирующий характер.

Одним из характерных признаков является пессимистическое отношение больных к возможности диагностики и лечения предполагаемого соматического заболевания. Больные часто говорят, что перестали надеяться на выздоровление или заявляют, будто они больны настолько сложным заболеванием, что им никак не могут поставить правильный диагноз. Врач должен спросить об их настроении, часто ли больные отмечают его понижение, отсутствие возможности радоваться, возникновение трудности общения с окружающими, снижение прежней активности, сексуальные расстройства. Важен признак сезонности, чаще ухудшения наблюдаются в весенне-летний период.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Г.З.ПИСКУНОВ</i> ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ РИНОЛОГИИ	5
<u>Методы исследования носа и околоносовых пазух</u>	
<i>А.В.СТАРОХА, В.А.АРХИПОВ, Д.Г.БОРЩ, А.В.ДАВЫДОВ (Томск)</i> МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЛОСТИ НОСА	7
<i>В.В.ШИЛЕНКОВА, Г.И.МАРКОВ (Ярославль)</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СИНУС-КАТЕТЕРА "ЯМИК"	7
<i>В.Р.ГОФМАН, А.С.КИСЕЛЕВ, К.В.ГЕРАСИМОВ (Санкт-Петербург)</i> РИНОМАНОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ	8
<i>А.С.КИСЕЛЕВ, Т.А.ЛУШНИКОВА, В.Ф.МЕЛЬНИК (Санкт-Петербург)</i> О НЕКОТОРЫХ СФЕНОИДАЛЬНЫХ СИНДРОМАХ	9
<i>А.С.КИСЕЛЕВ, А.Н.БУКРЕЕВ (Санкт-Петербург)</i> ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.	11
<i>С.А.КЛИМАНЦЕВ, С.В.РЯЗАНЦЕВ (Санкт-Петербург)</i> РИНОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА.	11
<i>В.Г.ЗЕНГЕР, О.В.ДЕРЮГИНА (МОСКВА)</i> ВОЗМОЖНОСТИ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	13
<i>Л.Г.СВАТКО, В.Н.КРАСНОЖЕН (Казань)</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ЕСТЕСТВЕННОГО СОУСТЬЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАЙМОРИТОМ ЛОКАЛЬНОЙ ОКСИГЕНАЦИЕЙ.	14
<i>А.В.СТАРОХА, В.Ф.ВОТЯКОВ, М.В.ШИЛОВ (Томск)</i> МЕТОД ВИХРЕТОКОВОЙ СИНУСОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ	15
<i>К.А.НИКИТИН (Санкт-Петербург)</i> НАЗОЛАКРИМАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС	16
<i>Ю.В.МИТИН, А.А.СМЕХНОВ, А.Н.НАУМЕНКО (Киев)</i> МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСА ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА	17
<i>Е.Ф.ФИРСОВ, И.С.ПИСКУНОВ, А.И.ЛАЗАРЕВ, Л.Н.ЕРОФЕЕВА (Курск)</i> РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ КОНТРАСТНЫМИ ВОДОРАСТВОРИМЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ	18
<i>А.И.ЛОПОТКО (Санкт-Петербург)</i> ВАЗОМОТОРНЫЕ РИНОСАЛЬПИНГООТИТЫ (диагностика, лечение)	18
<i>А.В.БОРЗОВ, М.П.НИКОЛАЕВ, О.В.МАКАРОВА (Москва).</i> ВЫДЕЛЕНИЕ ТКАНЕВЫХ ЭОЗИНОФИЛОВ ИЗ НОСОВЫХ ПОЛИПОВ И ИССЛЕДОВАНИЕ НИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК	20
<i>М.С.МИХАЙЛОВСКИЙ, Х.М.АСАДУЛАЕВА (Махачкала)</i> АЗОТИСТЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НОСОВОГО СЕКРЕТА ПРИ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТАХ	21

В.Г.МЕРКУЛОВ, М.А.РЯБОВА, С.В.ЛАПЕКИН (Санкт-Петербург) РАДИОИЗОТОПНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ОПЕРИРОВАННЫХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ 22

А.Н.ГРЕБЕННИКОВ, А.Г.ШЕВЧЕНКО, АМ.ВАСИЛЬЕВ (Москва) ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПРОХОДИМОСТИ СОУСТЬЕВ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕБНО-ЛЕТНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 23

В.П.БЫКОВА, А.С.ЛОПАТИН, Н.Г.ЧУЧУЕВА, Г.П.САТДЫКОВА (Москва) СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОСТИМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНСИТАХ ПО ДАННЫМ СВЕТОВОЙ И ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ. 24

Иммунология носа

Б.С.ЛОПАТИН, Е.В.БОРЗОВ (Иваново) ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ РИНИТОМ. 26

Г.М.ПОРТЕНКО (Тверь) ИЗМЕНЕННЫЙ ИММУННЫЙ СТАТУС КАК ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНСИТА 27

Ю.В.ПОВАРОВ, А.О.МЕРКУЛОВ (Санкт-Петербург) ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ 27

Д.И.ЗАБОЛОТНЫЙ, О.Ф.МЕЛЬНИКОВ, Г.Э.ТИМЕН (Киев) ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ 28

Л.А.ГРЕБЕНЩИКОВА, Н.В.КРЫЛОВА (Санкт-Петербург) НЕОБХОДИМОСТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНСИТОВ 29

Я. А АРЕФЬЕВА (УФА) ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НОСОВЫХ ПОЛИПОВ. 30

М.И.ГОВОРУН, А.А.ГОРОХОВ, В.Р.ГОФМАН (Санкт-Петербург) ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ОСТРОМ СИНСИТЕ. 31

Г.В.ЛАВРЕНОВА, Н.П.ТРОФИМЕНКО, У.Я.КУЗЬМЕНКО, Д.У.КУЗЬМЕНКО (Донецк) ФИТО-ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОФАРИНГИТАХ У ШАХТЕРОВ-УГОЛЬЩИКОВ 32

Вазомоторный и аллергический ринит

Г.А.ГАДЖИМИРЗАЕВ (Махачкала) НОВЫЕ СВЕДЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА 34

В.А.КАШИРИН, Х.А.МЕРХИ (Запорожье) К ВОПРОСУ ОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВАЗОМОТОРНОМ РИНИТЕ 35

С.Б.ЛОПАТИН (Иваново) ИНФРАКРАСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА 36

Ю.А.ЛОЦМАНОВ, В.В.ШКАБРОВ (Саратов) МЕТОД КЛИРЕНСА ВОДОРОДА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИТОТЕРАПИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА. 37

П.А.ТИМОШЕНКО, Т.В.ФОМИНА, А.П.ТИМОШЕНКО (Минск) ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА УЛЬТРАФОНОПУНКТУРОЙ СПЛЕНИНА. 38

<i>Л.Н.ГУСЕВА (Казань)</i> ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ У БОЛЬНЫХ С БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.	39
<i>А.В.ЛУПЫРЬ (Харьков)</i> ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА МЕТОДОМ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ.	39
<i>А.И.МУМИНОВ, Б.С.САГДАЛИЕВ, М.Х.ХАСАНОВ, В.Р.ПУЛАТОВ (Бухара)</i> ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ.	40
<i>В.Н.ФИЛИМОНОВ, С.В.ФИЛИМОНОВ (Санкт-Петербург)</i> К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА.	41
<i>В.В.СКОРОБОГАТЫЙ, М.И.НИКУЛИН (Запорожье)</i> К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.	42
<i>В.Ф.ФИЛАТОВ, А.О.ЖУРАВЛЕВ (Харьков)</i> К МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ ПРИ ИХ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ.	43
<i>Т.В.ШЕЛУДЧЕНКО (Тамбов)</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНЫХ КОМПОЗИЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ.	44
<u>Консервативное лечение синуситов</u>	
<i>Н.А.ДАЙХЕС, Х.Ш.ДАВУДОВ (Москва)</i> КВАНТОВАЯ ГЕМОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.	45
<i>Л.И.ПОНОМАРЕВА (Тверь)</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА "УЗОР" В ПРОТИВОРЕЦИДИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНОСИТА.	46
<i>А.В.СТАРОХА, Н.Ф.БАБИЧ, В.В.КОВРИЖНЫХ, А.Г.ДОЛГУН, М.В.ШИЛОВ (Томск)</i> КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНАЗАЛЬНЫМИ СИНОСИТАМИ.	47
<i>Н.К.САНЖАРОВСКАЯ, Г.И.МЕЛЬНИКОВА (Волгоград)</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИКАТАНА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.	48
<i>Ю.В.ПОВАРОВ, В.В.ДВОРЯНЧИКОВ (Санкт-Петербург)</i> РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНОСИТОВ.	49
<i>В.С.КОЗЛОВ, А.А.ШИЛЕНКОВ, С.К.ЖУКОВ (Ярославль)</i> ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА СИНОСИТА ПОСЛЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С ПОМОЩЬЮ СИНОСУС-КАТЕТЕРА "ЯМИК"-5	49
<i>И.П.КРАЛИНА, Д.Ю.КРАЛИН, А.И.ПЕРЕКРЕСТ (Москва)</i> ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО СИНОСИТА КЕНАЛОГОМ - 40	50
<i>Д.Э.МАНУКЯН, Б.М.ЦЕЦАРСКИЙ, Н.В.МАХЛИНОВСКАЯ (Ставрополь)</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОРБЕНТОВ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫМИ РИНОСИНОСИТАМИ.	51
<i>Л.Г.СВАТКО, И.А.СТУДЕНЦОВА, В.Н.КРАСНОЖЕН (Казань)</i> КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА ПРИ МЕСТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА.	52
<i>С.А.ЮРКИН (Тверь)</i> КОРРЕКЦИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ ПРИ ЗАТЯНУВШИХСЯ ГНОЙНЫХ СИНОСИТАХ.	53

<i>И.В.ЕЛЬКОВ, Г.М.АСТАХОВА, О.Н.КУЗНЕЦОВА (Курск)</i> ЛЕЧЕНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАЙМОРИТЕ.	54
<i>М.С.ПЛУЖНИКОВ, О.В.КОВАЛЕВ (Санкт-Петербург)</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ИНДИВИДУАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛОИНГАЛЯТОРА, СПЕЦИФИКА ЕГО КОНСТРУКЦИИ	55
<i>М.И.ЯЩЕНКО (Харьков)</i> К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЗМОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ХОЛОДА НА ОРГАНИЗМ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ	56
<i>М.СТЕНКВИСТ, М.ЯНЕРТ, Л.РЕСЛУНД, Л.ОЛЕН (Уппсала, Швеция)</i> ИЗМЕРЕНИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ЛОРАКАРБЕФА В СОДЕРЖИМОЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОМОЩЬЮ УСТРОЙСТВА "СИНОЖЕКТ"	57
<u>Оперативное лечение синуситов</u>	
<i>А.С.КИСЕЛЕВ, В.Р.ГОФМАН, Т.А.ЛУШНИКОВА (Санкт-Петербург)</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПТОХИАЗМАЛЬНЫМ АРАХНОИДИТОМ	58
<i>Р.Ш.АБДУРАШИТОВ, А.Н.ДАЯНОВ (Уфа)</i> ВАРИАНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА	59
<i>В.И.ДИДЕНКО, А.Д.ГУСАКОВ, ЭЛЬ-ЭЙТ-ХАЛЕД (Запорожье)</i> АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ГУБЧАТОЙ КОСТИ И КОСТНОГО МОЗГА В РИНОХИРУРГИИ.	60
<i>В.Т.ЖОЛОбОВ (Хабаровск)</i> ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ	61
<i>В.В.ДИСКАЛЕНКО (Санкт-Петербург)</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТОВ	62
<i>В.С.КОЗЛОВ (Ярославль)</i> РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР	63
<i>Г.И.МАРКОВ, А.Л.КЛОЧИХИН, В.А.КАРПОВ (Ярославль)</i> ПОЛИМЕРНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЛОБНО-НОСОВОГО СОУСТЬЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛОБНОЙ ПАЗУХЕ	64
<i>С.В.СЕРГЕЕВ, А.М.КОЗЛОВА, В.М.КУЛИКОВА (Пенза)</i> К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФРОНТИТОВ.	65
ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ВИДИЕВА НЕРВА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНЫХ	
риносинуситов	
<i>А.С.ЛОПАТИН, Г.З.ПИСКУНОВ (Москва)</i> НАШ ОПЫТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВНУТРИНОВОСОВОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.	67
<i>С.З.ПИСКУНОВ (Курск).</i> НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОСВОЕНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РИНОХИРУРГИИ.	68
<i>Т.М.ЯНБОРИСОВ (Уфа)</i> ОСОБЕННОСТИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭТМОИДОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗА НОСА	69
<u>Риносептопластика</u>	
<i>Е.Х.ХОЙЗИНГ (Утрехт, Нидерланды)</i> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕГИРУЮЩАЯ ХИРУРГИЯ НОСА: ЕЕ РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА	71

<i>К.Н.ВЕРЕМЕЕНКО, И.В.РУШНЕВСКИЙ, В.Е.МАКАШЕВ, А.И.КИЗИМ (Киев)</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРОВ ФИБРИНА ИЗ АУТОГЕННОЙ КРОВИ В РИНОХИРУРГИИ.	72
<i>ФРЕД ДЖ. СТУКЕР (Шреверпорт, Луизиана, США)</i> СТРУКТУРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ ПОВТОРНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УШНОГО ХРЯЩ	73
<i>А.С.СТАРОХА, В.Э.ГЮНТЕР (Томск)</i> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ СПЛАВОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РИНОХИРУРГИИ.	73
<i>М.Н.НЕСРИН, АБУ РМЕЙЛЕХ (Санкт-Петербург)</i> НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА И ИХ УДАЛЕНИЕ ЛАЗЕРОМ.	75
<i>Р.Р.МАЧУЛАЙТИС, И.К.ИЛЬЯСОВ (Санкт-Петербург)</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛАЗЕРНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ.	76
<i>В.Ф.АНТОНОВ, В.А.АКСЕНОВ, МАЖДИ МОХАМЕД АХМЕД ДЖИЛЛАД (Москва)</i> СПОСОБ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.	77
<i>Ю.Н.СЕРГЕЕВ (Москва)</i> ОСОБЕННОСТИ РИНОПЛАСТИКИ СТЕБЕЛЬЧАТЫМИ ЛОСКУТАМИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПОСЛЕ ОЖОГОВ.	78
<i>И.И.ТОМИЛОВ, В.С.ЗАЯЦ (Екатеринбург)</i> РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА И ПОЛОСТИ НОСА.	79
<i>А.К.ПОКОТИЛЕНКО, И.В.РУШНЕВСКИЙ, В.Е.МАКАШЕВ (Киев)</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОХРЯЩЕВОГО РЕИМПЛАНТАТА НА ОСНОВЕ АУТОФИБРИНОВОГО КЛЕЯ В ХИРУРГИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА	80
<i>С.В.СЕРГЕЕВ, А.М.КОЗЛОВ, И.Г.АРДАКОВ (Пенза)</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НАРУЖНОГО И ВНУТРЕННЕГО НОСА.	81
<i>С.И.ОКС, Ю.А.МЕДВЕДЕВ (Новокузнецк)</i> ПРИМЕНЕНИЕ НИКЕЛИДТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В РИНОЛОГИИ.	81
<i>Б.П.КОКОША (Курск)</i> НАШ ОПЫТ КЛЕЕВОГО СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ И КРАТКОВРЕМЕННОЙ ТАМПОНАДЫ ПОСЛЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.	82
<i>В.Ю.КАССИН, М.П.НИКОЛАЕВ, Р.М.НИКОЛАЕВ, Г.Г.КРИВЦОВ, Л.А.ТЕЗИКОВА (Москва)</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОКЕРАМИКИ В РИНОХИРУРГИИ	83
<i>А.О.ГЮСАН (Черкесск)</i> ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РИНОЛОРДОЗ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ	84
<i>Н.Ф.ФЕДУН (Киев)</i> ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ	85
<i>О.А.ГРУШЕВСКАЯ, В.В.ДАВЫДОВ, Р.К.КАМЕНКО, И.В.КАРГОВА (Красноярск)</i> ОДНОМОМЕНТНАЯ РИНОСЕПТОПЛАСТИКА.	86

Храп и синдром обструктивного апноэ

<i>БЬЕРН ПЕТРУСОН (ГЕТЕБОРГ, ШВЕЦИЯ)</i> ЗНАЧЕНИЕ УЛУЧШЕННОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ.	87
<i>Ю.В.МИНИН, В.Н.ГОРБАЧЕВСКИЙ (Киев)</i> АЭРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ХРАПЕ.	88
<i>Л.Н.СТАРКОВА, А.М.ТАЛЫШИНСКИЙ (Рязань)</i> ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРАПОМ.	89

<i>А.М.ТАЛЫШИНСКИЙ (Рязань)</i> ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ХРАПА С ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА	90
<i>И.В.ТАРАСОВ (Курск)</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРАПА	91

Ринологическая онкология

<i>В.О.ОЛЬШАНСКИЙ, А.М.СДВИЖКОВ, В.А.ЧЕРЕКАЕВ</i> ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	92
<i>С.В.СЕРГЕЕВ, А.М.КОЗЛОВ (Пенза)</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	93
<i>В.Д.ОСИПОВ (Новокузнецк)</i> ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТОВ КАЛИЯ И НАТРИЯ В ПЛАЗМЕ, ЭРИТРОЦИТАХ И МОЧЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ	93
<i>В.Б.КОПНЕВ, Н.Х.ШАЦКАЯ (Москва)</i> ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА, НОСОГЛОТКИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В г. МОСКВЕ	94
<i>В.Ф.ИСАКОВ, В.С.АЛФЕРОВ, А.А.УВАРОВ (Москва)</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА	95
<i>А.А.ШТИЛЬ, В.А.ДОЛГОВ, В.А.КОРОЛЕВ (Оренбург)</i> ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭСТЕЗИОБЛАСТОМЫ	96
<i>М.А.БОГОМИЛЬСКИЙ, В.Р.ЧИСТЯКОВА, С.В.ЯБЛОНСКИЙ, Л.Л.ПЕТРОВА (Москва)</i> АНГИОФИБРОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	96
<i>Н.С.БЛАГОВЕЩЕНСКАЯ (Москва)</i> ДИАГНОСТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТЕОМ ЛОБНЫХ ПАЗУХ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА	98
<i>Е.Т.МАТЯКИН, В.Ф.ИСАКОВ, В.С.АЛФЕРОВ, А.А.УВАРОВ (Москва)</i> КЛИНИКО- МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА	99
<i>М.С.ПЛУЖНИКОВ, Е.Ю.ГЛУХОВА (Санкт-Петербург)</i> ИНВЕРТИРОВАННАЯ ПАПИЛЛОМА НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ	100

Детская ринология

<i>А.А.ПОЛЯКОВ, В.М.БУЯНКИН (Москва)</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА РАДИАЦИОННО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ	102
<i>В.С.КУНИЦКИЙ, В.П.СИТНИКОВ (Витебск)</i> ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ ЗОНЫ ЖЕСТКОГО КОНТРОЛЯ	103
<i>О.В.КАРНЕЕВА, М.Р.БОГОМИЛЬСКИЙ (Москва)</i> К ВОПРОСУ О СЕПТОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ	104
<i>Б.В.ШЕВРЫГИН, Р.П.НАРЦИССОВ, Н.Б.КУВШИНОВА (Москва)</i> ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ КЛЕТОЧНОЙ АДАПТАЦИИ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ МЕТАБОЛИТНОЙ КОРРЕКЦИИ В РИНОЛОГИИ	105
<i>В.И.ЛИНЬКОВ, Г.П.ЦУРИКОВА, К.К.РАЕВСКИЙ, И.В.НУРАЛОВА (Санкт-Петербург)</i> ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ	106

<i>Т.И.ГАРАЩЕНКО (Москва)</i> СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ И ПАТОЛОГИЯ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ	107
<i>А.А.ГАМЗАТОВА, Г.А.ГАДЖИМИРЗАЕВ (Махачкала)</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ	108
<i>Н.М.ХМЕЛЬНИЦКАЯ, Л.М.КОВАЛЕВА (Санкт-Петербург)</i> ПАТОГЕНЕЗ ПОЛИПОЗНЫХ ФОРМ СИНУСИТА У ДЕТЕЙ	109

Прочие вопросы ринологии

<i>И.С.ПИСКУНОВ (Курск)</i> КЛИНИЧЕСКАЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПОГРАНУЛЕМЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ	111
<i>Ю.А.ДЖАМАЛУДИНОВ (Махачкала)</i> ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АТРОФИЧЕСКИХ РИНИТОВ У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА СТЕКЛОВОЛОКНА	112
<i>Н.С.БЛАГОВЕЩЕНСКАЯ (Москва)</i> РИНОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ НОСОВОЙ ЛИКВОРЕИ И ВЫБОРЕ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	113
<i>Ю.М.ОВЧИННИКОВ, С.В.МОРОЗОВ, Л.М.ШИБИНА, М.Я.БЕЗЧИНСКАЯ (Москва)</i> ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПО- И АНОСМИИ.	114
<i>В.П.СИТНИКОВ (Витебск)</i> ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА	115
<i>Л.Г.ХРОМОВ, М.П.НИКОЛАЕВ, С.А.ФОМИНА, С.В.АКУЛОВ (Москва)</i> К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИДРОГЕЛЕЙ ДЛЯ ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	116
<i>Г.М.ГРИГОРЬЕВ, И.И.ТОМИЛОВ, Н.С.ЗАГАЙНОВА, Х.Т.АБДУЛКЕРИМОВ (Екатеринбург)</i> ОБ ОШИБКАХ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	117
<i>Н.И.КОСТРОВ (Санкт-Петербург)</i> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ПОЛИПОЗЕ НОСА И ХРОНИЧЕСКИХ ГАЙМОРИТАХ	118
<i>Г.Н.УРЮПОВА, М.А.РЯБОВА (Санкт-Петербург)</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР ОРГАНОВ	119
ИНФОРМАЦИОННЫЙ КАЛЕНДАРЬ	121