

СОДЕРЖАНИЕ

Редакционная колонка	3
Клаус Вальтер ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОПЛАСТИКИ	4
В.Ю. Андронников, М.Я. Козлов, Э.А. Цветков ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РИНОСИНОСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ	17
С.М. Пухлик, О.В. Дюмин РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАРУШЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ.....	21
Г. А. Гаджимирзаев ПАРАДОКСЫ СОВРЕМЕННОЙ РИНОПУЛЬМОНОЛОГИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....	24
Ф. И. Чумаков, О. В. Дерюгина ТУБЕРКУЛЕЗ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ (Обзор литературы)	30
А. С. Киселев, В. В. Бондарук НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ ТРИГЕМИНАЛЬНЫМ ТРОФИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	36
ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ КОНФЕРЕНЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ (18-19 октября, 1995, Москва)	39
ХРОНИКА.....	57
ИНФОРМАЦИОННЫЙ КАЛЕНДАРЬ.....	63

CONTENTS

EDITORIAL COLUMN	3
C. Walter COMPLICATIONS IN RHINOPLASTIES.....	4
Andronnikov V.Yu., Kozlov M.Ya., Tzvetkov E.A. ENDOLYMPHATIC THERAPY IN TREATMENT OF ORBITAL COMPLICATION OF PARANASAL SINUSITIS IN THE PEDIATRIC AGE GROUP	17
Puchlick S.M., Dyumin O.V. PREVALENCE OF CLINICAL SYNDROMES OF DISTURBED IMMUNOLOGIC REACTIVITY IN PATIENTS WITH VASOMOTOR RHINITIS	21
Gadgimirzaev G. A. THE PARADOXES OF MODERN RHINOPULMONOLOGY AND THE WAYS OF THEIR SOLUTION	24
Chumakov N.I., Deryugina O.V. TUBERCULOSIS OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES Review of literature	30
Kiselov A.S., Bondaruk V.V. TRIGEMINAL TROPHIC SYNDROME: A CASE REPORT.....	36
ABSTRACTS OF THE ANNUAL MEETING OF RUSSIAN RHINOLOGIC SOCIETY (October 18-19, 1995, Moscow).....	39
LATEST NEWS.....	59
MEETING CALENDAR.....	63

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА

Оториноларингологи могут отметить нарастающую активность общественных организаций в нашей специальности. Создана и зарегистрирована в Министерстве юстиции Международная Академия оториноларингологии — хирургии головы и шеи. Устойчиво работает общество ринологов, систематически проводятся симпозиумы, конференции, проведен Первый конгресс ринологов России. В июне 1996 года в Сочи будет проведен Второй конгресс. В июне состоялся 8 съезд оториноларингологов Украины. В настоящий момент наша общая задача — воссоздать общество оториноларингологов России.

Общество оториноларингологов России имеет вековую традицию организации научной и практической деятельности, и наша задача продолжить эти прекрасные традиции. Как известно, на последнем съезде оториноларингологов России не были выбраны руководящие органы общества, и деятельность общества в государственном масштабе приостановилась. Областные общества работу не прекращали, достаточно быстро провели перестройку своей деятельности и активно работают в настоящий момент. 25 сентября 1995 года в С — Петербурге будет проведен съезд оториноларингологов России. Фактически этот съезд будет учредительным, так как для регистрации общества в соответствии с существующим законодательством необходимо обсудить и утвердить Устав общества, после чего общество можно зарегистрировать в Министерстве юстиции. Устав — это узаконенные структура и формы деятельности. К его обсуждению следует подходить неформально. По сути дела, создаваемое общество — это профессиональный союз, который должен предусмотреть все возможные виды своей деятельности, пути развития и защиты своих членов от возможных действий государственных и частных структур. В Уставе не может быть мелочей, каждая его строка значима, и это следует учитывать при обсуждении. Мы от всей души желаем делегатам плодотворной работы и благодарим научно — исследовательский институт уха, горла, носа и речи и его директора А.А.Ланцова за огромный труд по организации съезда.

В Ярославле 2 — 4 октября пройдет Первый секционный курс по функциональной ринопластике. Под руководством опытных отечественных и зарубежных преподавателей курсанты на лекциях и, работая на трупах, будут осваивать современные методы. Большую работу по организации этого курса провел известный в стране и за рубежом ринолог В.С.Козлов. Затем 17 — 19 октября под руководством Президента Международной Академии оториноларингологии — хирургии головы и шеи, Президента Российского общества ринологов М.С.Плужникова в Москве будет проведена сессия Академии, конференция молодых ученых и конференция ринологов России.

Таким образом, деятельность общественных организаций в нашей специальности активизируется. Очень важно, чтобы эта деятельность была направлена на совершенствование знаний и навыков оториноларингологов, что в конечном итоге повысит эффективность помощи нашим пациентам.

Главный редактор

Г.З.Пискунов

Клаус Вальтер

ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОПЛАСТИКИ

Отделение лицевой хирургии и оториноларингологии клиники г. Хайден, Швейцария

В результате постоянно возрастающего общего количества корригирующих носовых операций во всем мире, далеко не все из которых выполняются квалифицированными хирургами, удельный вес вторичных деформаций, казалось бы, должен возрастать. Несмотря на большое число выполняемых ринопластик, количество тяжелых осложнений этой операции на удивление мало, в то время как известны многочисленные вторичные деформации, отражающиеся на внешнем виде и функциях носа.

Насколько мне известно, описаны только три угрожающих жизни осложнения после ринопластики (С. Walter, 1977), когда профузное кровотечение потребовало перевязки наружной сонной артерии. Тампонада носа может приводить к синуситу и бронхиту, а также к стенозированию носовых ходов (С. Walter, 1977).

Среди «типичных» послеоперационных деформаций, являющихся результатом ринопластики, можно выделить наружные и внутриносовые осложнения. Мы классифицируем их следующим образом:

1. Неправильное сопоставление носовых костей и восходящей ветви верхней челюсти после остеотомии, девиация кончика носа и колумеллы.
2. Нарушение носового дыхания из — за стеноза преддверия носа, остаточной девиации перегородки носа, коллапса крыльев носа в результате чрезмерной резекции нижних латеральных хрящей.
3. Укорочение носа в результате неправильно выполненной резекции внутринососовых тканей.
4. Деформации трансплантатов после коррекции седловидного носа.

Поскольку значительное количество ошибок может быть результатом выбора неправильного уровня резекции костного и хрящевого горба, спинка носа может стать чрезмерно высокой или наоборот седловидной. Линии латеральных остеотомии, выполняемых после удаления горба, нередко бывают неправильными и несплошными, с сохранением костных мостиков, которые становятся более заметными и выступают над поверхностью кожи с течением времени, по мере уменьшения послеоперационного отека. Чрезмерное смещение носовых костей кнутри может привести к коллапсу костных структур и последующему затруднению носового дыхания. С другой стороны, неполная остеотомия оставляет костную спинку носа слишком широкой, приводит к синдрому «открытой крышки» (М. Н. Cottle, 1951). Нормальная пирамидальная

форма носа становится трапециевидной, придавая носу после операции неэстетичный вид. Согласно М. Н. Cottle, синдром «открытой крыши» вызывает необъяснимые головные боли и дискомфорт в области носа.

Подобные осложнения лучше предупредить уже во время операции. Если хирург видит, что угроза таких осложнений существует, он должен сделать все возможное, чтобы восстановить нормальное положение носовых костей и восходящей ветви верхней челюсти. Существует несколько способов достижения этого. Можно наложить горизонтальные матрацные швы через основание носа, используя линии переломов для проведения нейлоновых лигатур или металлической проволоки, чтобы зафиксировать костные фрагменты в нужном положении. Если этого недостаточно, нужно использовать дополнительные кусочки хряща или кости, взятые из перегородки носа или из ушной раковины, и заполнить ими дефекты опорных тканей.

Если это не сделано во время операции, нос в первые месяцы после операции будет выглядеть неплохо, но позднее, после того, как отечная на первых порах кожа, сглаживающая контуры кости, становится тоньше, дефект станет заметным. Такое может случиться месяцы и годы спустя. Мы считаем, что в данной ситуации повторную операцию следует отложить на срок от 8 до 12 месяцев. Точное установление диагноза помогает выбрать простейшую процедуру для устранения деформации, хотя эта процедура и может потребовать особенной тщательности при ее выполнении.

Если выявлены костные выступы после неполной остеотомии, нередко простейшим путем их коррекции является следующий. Двухмиллиметровым долотом прокалывают кожу над местом расположения деформации, осторожными ударами молотка производят остеотомию и смещают выступающий фрагмент кнутри. Подвижность кожи носа обычно позволяет смещать долото на несколько миллиметров кверху и книзу, что облегчает хирургу выполнение множественных остеотомии. Эта процедура не оставляет заметных рубцов на коже. Кровотечение обычно минимально, и подобное вмешательство может быть легко выполнено амбулаторно.

Если в случае чрезмерного смещения носовых костей кнутри при предшествующей ринопластике соответствующее обследование не выявляет никаких нарушений носового дыхания, проще всего заполнить дефект аутохрящом из перегородки носа или из ушной раковины. Иногда хрящ расплющивают, а затем реимплантируют через небольшой внутриносовой разрез в созданный под кожей карман. Обычно для заполнения этого дефекта нужен совсем небольшой трансплантат.

Если в этой ситуации имеется и недостаток слизистой оболочки, носовую кость и верхний латеральный хрящ (или то, что от него осталось) нужно отделить от перегородки носа. Для этого отсепааровывают кожу и производят срединную остеотомию для смещения остатков носовой кости и хряща кнаружи. Вторичный дефект тканей затем закрывают сложным трансплантатом, взятым из нижней носовой раковины или из ушной раковины (Рис 1). В

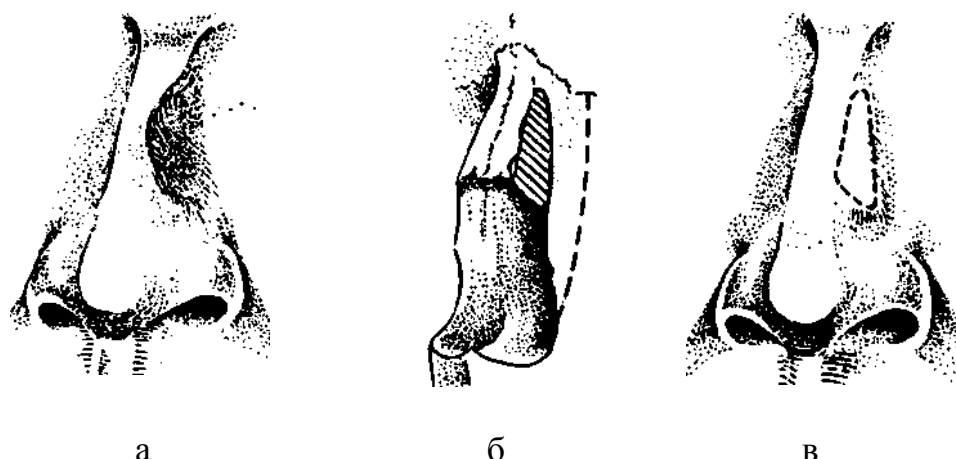


Рис. 1 а—в. Замещение дефекта ската носа сложным трансплантатом

последнем случае мы обычно берем лоскут с передней поверхности ушной раковины, где хрящ и кожа плотно соединены (С. Walter, 1969). Расширяющие трансплантаты («распорки»), рекомендуемые J.H.Sheen (1978), заполняют только дефект хряща, а обычно сопутствующий ему недостаток слизистой оболочки остается невосполненным.

Следующий момент, который хотелось бы обсудить — коррекция вторичных деформаций кончика носа. Если в ходе ринопластики хирург с избытком резецировал хрящи в области кончика носа, то спустя несколько месяцев, по окончании процессов рубцевания, опорой для кончика носа становится только краниальный край перегородки. Впоследствии каждая попытка уменьшить высоту спинки носа через несколько месяцев приводит к тому же результату: нос становится меньше, сохраняя прежнюю деформацию. Пациенты обычно описывают подобную ситуацию так: «Сразу после повторной операции у меня был прекрасный нос, но прошло несколько месяцев, кончик носа снова опустился и опять стал похожим на клюв попугая». Необходимо изменить саму концепцию коррекции таких деформаций, иначе каждая следующая попытка будет неудачной.

Мы считаем, что необходимо возместить утраченные ткани прежде чем делать какие — либо попытки уменьшить выступающий край четырехугольного хряща или медиальные отделы верхних латеральных хрящей. Производя данное вмешательство, мы с успехом используем аутогенный хрящ с сохраненным перихондрием. Если такой трансплантат не удалось получить из хряща перегородки носа, мы пересаживаем ушной или реберный хрящ. Несколько лет назад нами был описан метод (С. Walter, 1988), заключающийся в реимплантации одного или двух кусочков аутохряща в центральную часть кончика носа через краевой разрез (Рис. 2).

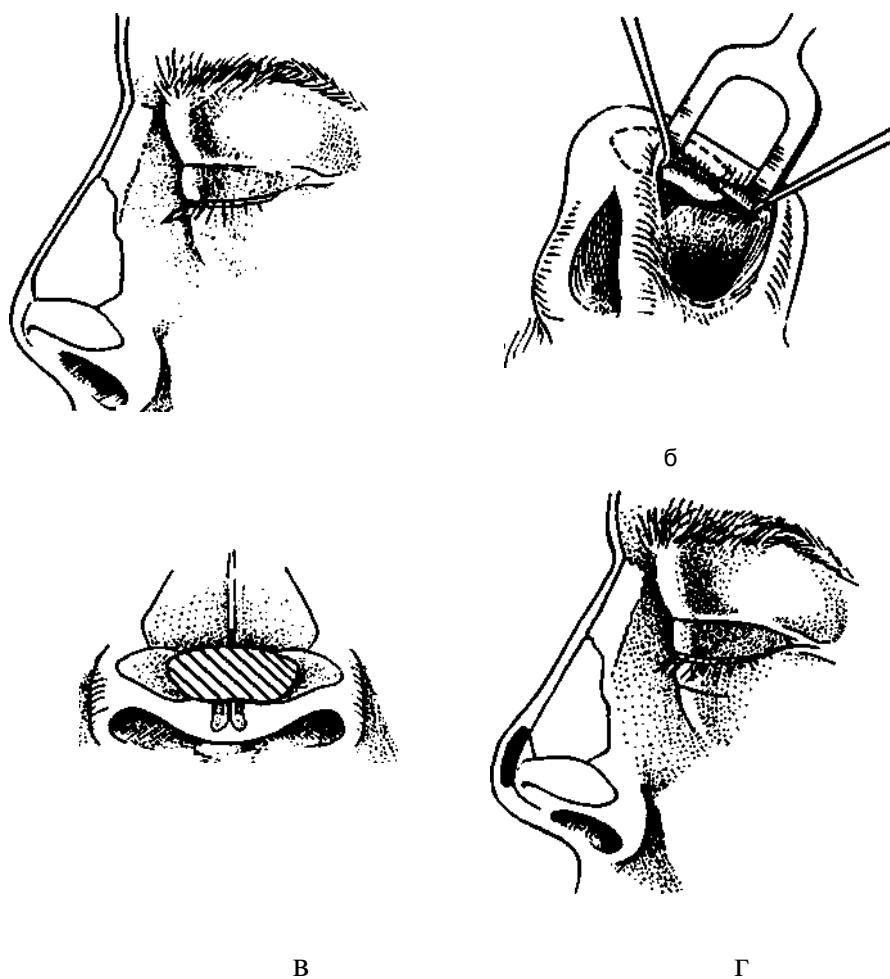


Рис. 2 а — г. Пластика кончика носа хрящевым трансплантатом

Для укрепления кончика носа мы довольно часто после экспозиции нижних латеральных хрящей (Рис. 3) имплантируем в колумеллу дополнительную хрящевую «подпорку», которая напоминает палаточный шест (Рис. 4). Такой трансплантат не должен доставать до кожи кончика носа, так как в противном случае его край через несколько месяцев может выступать над поверхностью кожи в виде беловатого бугорка. Для подсадки этого трансплантата мы предпочитаем сублабиальный подход. Если колумелла стала слишком короткой в результате избыточной резекции хрящевой опоры, производится рассечение и сепаровка колумеллы в горизонтальной плоскости, после чего ее части

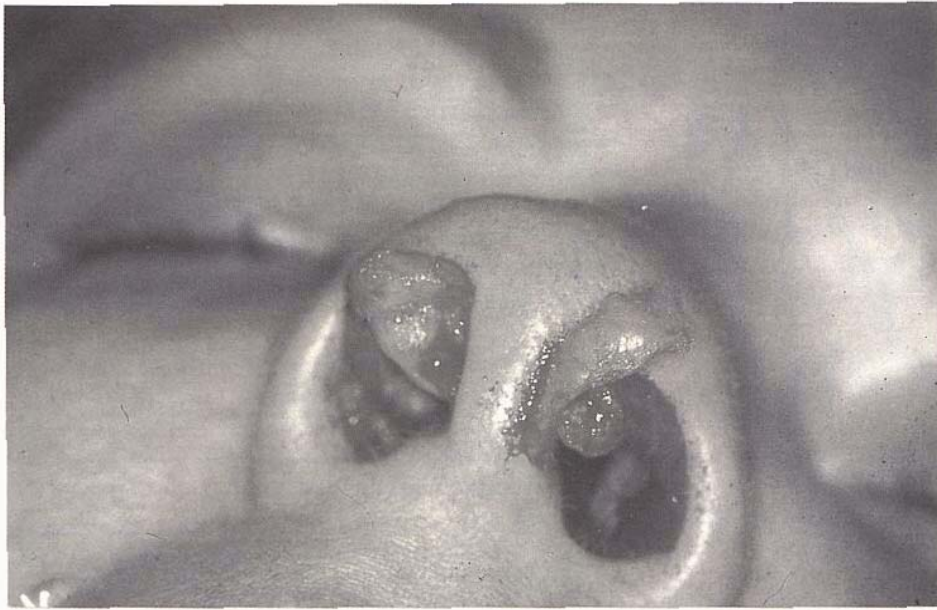


Рис.3. Экспозиция нижних латеральных (крыльных) хрящей через межхрящевые разрезы

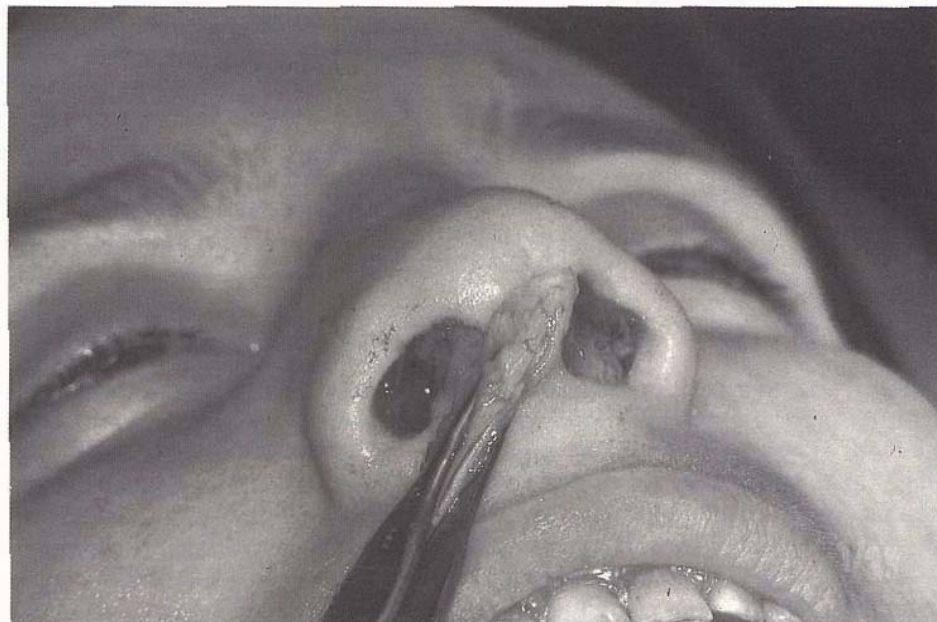


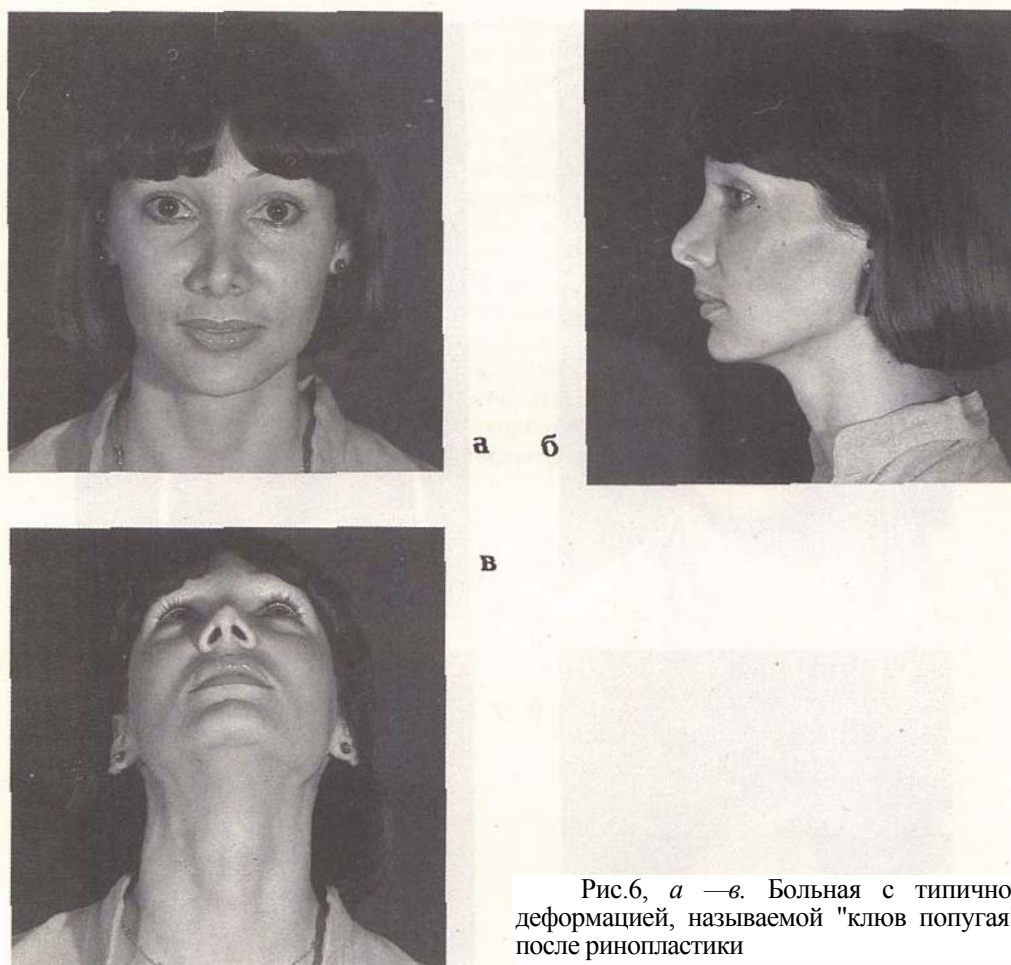
Рис.4. Хрящевой трансплантат для поднятия кончика носа.



Рис.5.

а-б. Больная, перенесшая ринопластику с чрезмерной резекцией нижних латеральных хрящей и недостаточным уменьшением высоты хрящевого свода

в-г. Та же больная после повторной операции с пластикой нижних латеральных хрящей хрящом ушной раковины



оттягиваются в стороны. Сложный трансплантат из ушной раковины пересаживают и закрепляют на хрящевой подпорке. Результаты коррекции подобных деформаций приводятся на рисунках 5 и 6.

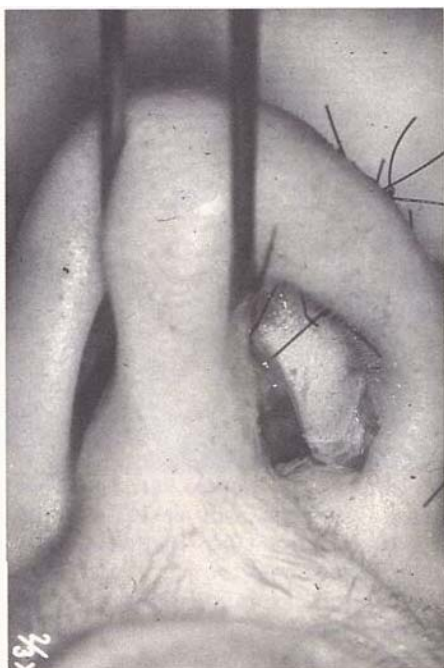
Слишком радикальная резекция хряща и кости ведет к рубцовому сморщиванию тканей, и в результате — к укорочению носа или стриктуре полости носа. Крайне сложно устранить эту деформацию, не заместив недостаток кожи и хряща. В таких случаях мы также широко используем сложный трансплантат. Наш опыт его применения в хирургии носа уже превышает 200 случаев. Кожа задней поверхности ушной раковины вместе с хрящом или сложный лоскут из ушной раковины используются как для пластики дефектов наружных покровов, так и внутренней выстилки носа. Как указывалось выше,



Рис.6, г—е. После повторной ринопластики

кожа на таком трансплантате плотно прикреплена к поверхности хряща и это облегчает закрепление лоскута внутри полости носа (Рис. 7, 8).

Сложный лоскут из ушной раковины как седло плотно охватывает спинку носа. Центральную часть трансплантата освобождают от кожи, чтобы предотвратить образование перфорации или холестеатомы и обеспечить вращение кровеносных сосудов, необходимое для приживания. Широкая препаровка окружающих тканей необходима, чтобы перераспределить кожу наружного носа и увеличить ее поверхность. Размеры образующегося дефекта внутренней выстилки тщательно измеряют, а трансплантат моделируют в соответствии с этими размерами. Такая техника позволяет удлинить нос почти



на сантиметр. Донорскую область на ушной раковине мы обычно закрываем заушным лоскутом (Рис. 9, 10).

Всегда существует опасность избыточного удаления горба носа, и хирургу лучше удалить больше, чем меньше, особенно при сильно выступающем и широком носе, иначе операция приведет к синдрому «открытой крыши» (open roof) и расширению спинки носа. Ее сужение может быть достигнуто только путем двойных или тройных остеотомии (Рис. 11) и подсадкой трансплантата в спинку носа. Однако, иногда лучше иссечь фрагмент восходящей ветви верхней челюсти, уменьшая таким образом ширину носа, и заполнить «седло» кусочком аутохряща или имплантировать туда tricalcium phosphate (Ossoplast, FirraaOmnimed). Мы проводим клинические испытания этого материала в течение последних трех с



Рис.7.Эндоназальная пластика сложным трансплантатом с одной (а) и с обеих(б) сторон.



В

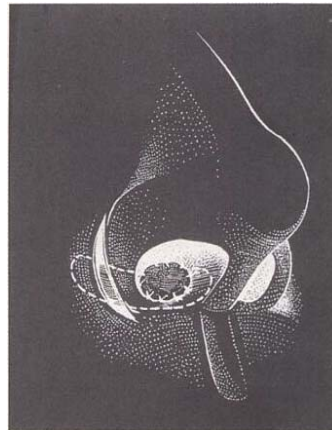
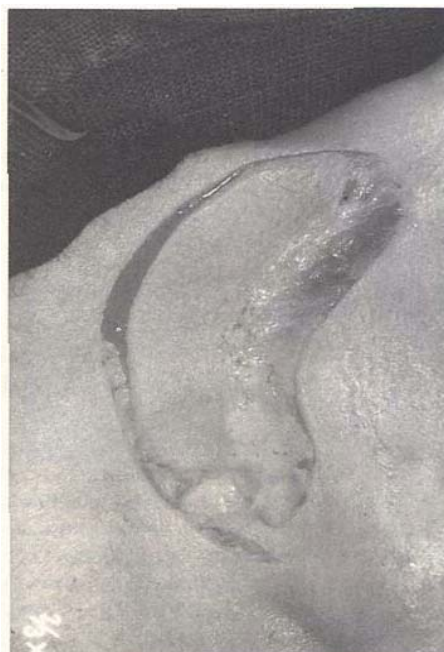
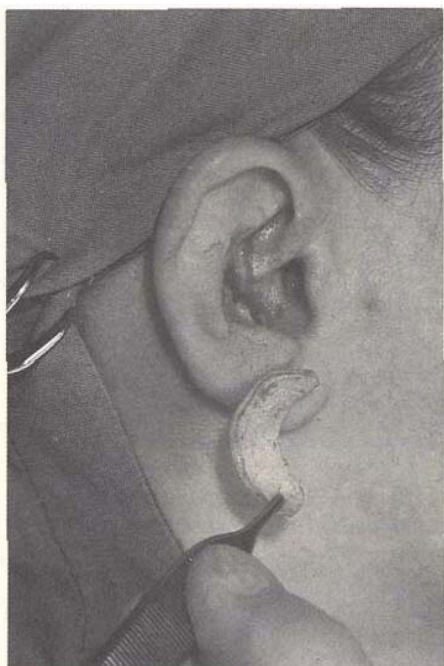


Рис.8. Внутриносая стриктура после ринопластики, коррекция сложным лоскутом, пересаженным в дно полости носа: а — до операции; б — после операции; в — схема вмешательства

половиной лет. Результаты, полученные к настоящему времени, обнадеживают: удобство в обращении, отсутствие заметной реакции на инородное тело, полная фиксация. Однако, требуется по крайней мере год прежде чем нос примет свой окончательный внешний вид после подобного лечения.



б



Рис.9 а —в. Сложный лоскут из ушной раковины для коррекции внутри носовых стриктур. Донорское место закрывают островковым лоскутом из заушной области, развернутым кпереди



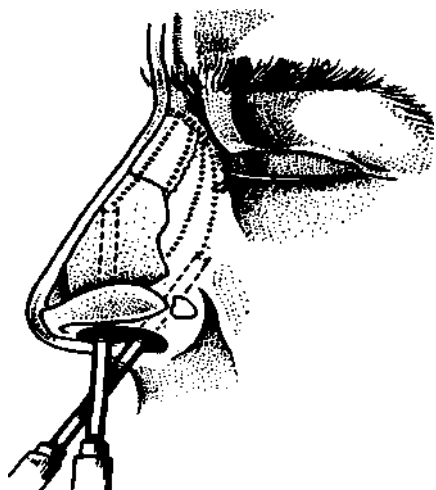
В



6

Рис.10. а—б. Больная после двух ринопластик; в—г. Та же больная после коррекции сложным трансплантатом и хрящом ушной раковины

Рис. 11 .Тройная остеотомия для сужения бочкообразного свода носа



ЛИТЕРАТУРА

- 1.Cottle M.H. Nasal surgery in children: effect of early nasal injury // ENT Monthly. — 1951. — Vol.30. - P.32.
- 2.Sheen J.H. Aesthetic Rhinoplasty. - St.Louis: CV Mosby, 1978.
- 3.WalterC. Composite grafts in nasal surgery // Arch. Otolaryngol. - 1969. - Vol.90. - P.622-630.
- 4.Walter C. Survey of the use of composite grafts in the head and neck region // Otolaryngol. Clin. N. Am. - 1972. - Vol.5. - P.571-602.
- 5.WalterC. Aesthetische Nasenchirurgie // Arch. Oto-Rhino-Laryngol. - 1977. - Bd.216. - S.251-350.
- 6.WalterC. The use of composite grafts in the head and neck region//Otolaryngology / Ed. English G.M. - Philadelphia: JB Lippincott, 1988. - P.1-31.

C. Walter

COMPLICATIONS IN RHINOPLASTIES

The author discusses different problems to be faced after an unsuccessful rhinoplasty. He describes his approach to the open roof, the polly beak, the broad nose and finally the treatment of endonasal strictures by composite grafts. The operative techniques are explained and the results are demonstrated.

В.Ю. Андронников, М.Я. Козлов, Э.А. Цветков
**ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

Кафедра оториноларингологии Санкт-Петербургской Государственной педиатрической медицинской академии

Проблема риносинуситов у детей остается весьма актуальной. Это объясняется частотой поражения околоносовых пазух у детей, которая не имеет тенденции к снижению (С.Я.Ярлыков, Л.П.Никольская, 1986; Е.А.Евдощенко, 1989; К.П.Дерпа и соавт., 1990; Н.С.Благовещенская, 1992).

Анализ клинических наблюдений показывает, что причиной развития как орбитальных, так и внутричерепных осложнений чаще всего служит сочетанное воспаление околоносовых пазух. Как правило, острому или обострению хронического синусита предшествует грипп или респираторное вирусное заболевание, протекающее на фоне снижения иммунологической реактивности детского организма, что способствует генерализации инфекции. При этом число острых синуситов, протекающих с осложнениями, значительно превышает количество осложнений при хронических синуситах (М.Я.Козлов, 1985; С.А.Ярлыков, Л.П.Никольская, 1986).

Другая особенность риносинусогенных осложнений у детей заключается в том, что они часто диагностируются в стадии уже тяжелой генерализации инфекции. Это объясняется тем, что на ранних стадиях заболевания симптомы осложнений, а также и самого синусита у детей, могут маскироваться картиной тяжелого течения ОРВИ или другого общего заболевания, на фоне которого возникло поражение околоносовых пазух. Такое состояние задерживает обращение указанной группы больных к оториноларингологу, отягощая впоследствии как течение самого заболевания, так и лечение выявленных осложнений, что особенно характерно для обострения хронических синуситов у детей.

Для лечения риносинусогенных гнойных осложнений показано вскрытие всех задействованных в патологическом процессе околоносовых пазух с дренированием очага гнойного осложнения. Однако в некоторых случаях, несмотря на хирургическое вмешательство и проводимую интенсивную терапию, состояние ребенка не улучшается, не наблюдается уменьшение местных воспалительных явлений, сохраняется общая интоксикация. Клинические наблюдения показывают, что при указанных состояниях помимо внутривенного введения антибактериальных препаратов эффективным оказывается их эндолимфатическое введение (А.И.Алимов, 1991).

Лимфатическая система представлена в тканях замкнутыми с одного конца эндотелиальными трубками. Их диаметр превосходит размеры

кровеносных капилляров и достигает 35 мкм. Стенка лимфатического капилляра представлена одним слоем эндотелиальных клеток без базальной мембраны. Мембрана эндотелиальной трубки фиксирована к соединительно — тканым волокнам филаментами, которые в условиях отека окружающих тканей увеличивают диаметр капилляров до 200 мкм. Эндотелий этих сосудов способен трансформироваться в фиксированные макрофаги под воздействием медиаторов воспаления, их проницаемость для крупномолекулярных соединений резко возрастает в результате увеличения межклеточных промежутков (Р.Т.Панченков и соавт., 1986).

Лимфатические сосуды имеют базальную мембрану и мышечные волокна практически на всем протяжении. Это позволяет осуществлять транспорт лимфы, движение которой возможно только в центральном направлении из — за наличия клапанов. Как правило, лимфа, оттекающая из органов и тканей, проходит не менее трех уровней лимфатических узлов, фильтруется и возвращается в кровеносную систему через венозный узел (Р.Т.Панченков и соавт., 1982; Ю.М.Левин, 1986). Роль лимфатической системы состоит в том, что она участвует в накоплении, транспортировке и инактивации патологических продуктов из зоны воспаления, а также в формировании иммунного ответа организма.

Основанием для применения способа лимфотропной терапии при различных гнойных заболеваниях явилось то обстоятельство, что по лимфатическим сосудам жизнеспособные микроорганизмы из зоны воспаления проникают в кровь в условиях недостаточности защитных механизмов, вызванных массивным инфицированием (Ю.М.Левин, 1986).

Существуют два способа введения лекарственных препаратов в лимфатическое русло: антеградный и ретроградный. При антеградном введении для катетеризации используются периферическое и органное лимфатические сосуды (на стопе, голени, бедре, круглой связке печени и др.). Для ретроградного введения используется грудной лимфатический проток. Исследование фармакодинамики химиотерапевтических препаратов при прямом антеградном эндолимфатическом введении показало, что в лимфатических узлах на путях транспорта препарата создаются его высокие концентрации, сохраняющиеся до 15 суток. При этом в крови и центральной лимфе терапевтические концентрации антибиотиков сохраняются до 24 часов. Отмечено, что в шейных лимфатических узлах при введении препаратов в лимфатический сосуд на стопе терапевтическая концентрация держится в течение 8 часов (Р.Т.Панченков и соавт., 1984). Введенный эндолимфатическим путем антибиотик оказывает отчетливое положительное действие даже в тех случаях, когда его максимально допустимые дозы, введенные традиционным способом, оказывались неэффективными (Ю.М.Левин, 1986; Г.А.Зедгенидзе, А.Ф.Циб, 1977). В оториноларингологии способ эндолимфатической терапии не нашел еще своего широкого применения, несмотря на частоту гнойных осложнений.

В детское оториноларингологическое отделение Санкт-Петербургской

педиатрической медицинской академии за последние пять лет в порядке оказания скорой помощи поступило 460 детей с острым и обострением хронического синусита, среди них дети с острыми синуситами составили 81,2%. Наиболее часто это заболевание встречалось в возрастной группе от 6 до 12 лет (75,3%).

Риносинусогенные орбитальные осложнения выявлены у 79 (17,2%) детей, однако у большинства из них диагностированы легкие формы орбитальных осложнений в виде реактивного отека мягких тканей орбиты и остеоperiостита стенок глазницы (86,3% от всех осложненных синуситов). Тяжелые осложнения составили 13,7%. Они отмечены, как правило, у детей более старшего возраста (28,8% от всех больных детей). У 11 больных наблюдались гнойные осложнения: абсцесс боковой стенки носа — у 2, флегмона орбиты — у 3, субperiостальный абсцесс глазницы — у 4 и ретробульбарный абсцесс — у 2.

У всех больных с гнойными орбитальными осложнениями заболевание сопровождалось тяжелой интоксикацией. Двое из этих больных после сочетанной консервативной терапии и оперативного вмешательства на околоносовых пазухах выздоровели. У 7 детей, несмотря на весь комплекс проводимого лечения (вскрытие пазух, гнойного очага в орбите и массивной консервативной терапии), состояние оставалось тяжелым, сохранялись воспалительные изменения в орбите и общая интоксикация. В связи с этим им проводилось эндолимфатическое введение антибиотиков широкого спектра действия.

Для идентификации лимфатических сосудов использовали подкожное введение индиго кармина. Выделенный на стопе лимфатический сосуд вскрывали на 1/3 диаметра и катетеризировали с помощью прецизионной техники. Катетер оригинальной конструкции вводили на 1,5 — 4,0 см и фиксировали транскутально. Введение растворов антибиотиков осуществлялось вручную шприцем со скоростью 2 — 3 мл/мин. Курс антибиотикотерапии продолжался от 3 до 7 суток. Для введения использовали минимальные суточные дозы препаратов 1 раз каждые 24 часа. Одновременно продолжалась интенсивная дезинтоксикационная терапия.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больной А., 4 лет доставлен в клинику машиной «скорой помощи» на 3 день заболевания. Состояние при поступлении тяжелое, температура тела 38,9°. При осмотре отмечен отек мягких тканей лица в области боковой стенки носа и век справа, небольшое ограничение подвижности глазного яблока, сужение глазной щели. В полости носа — застойная гиперемия слизистой оболочки, небольшое количество слизи. На рентгенограмме — снижение пневматизации решетчатого лабиринта, утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух. В анализе крови — лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 43 мм/ч. Диагноз: двусторонний острый этмоидит, осложненный реактивным отеком мягких тканей лица и орбиты. Назначено лечение: пенициллин 500 000 Ед в/м 6 раз в сутки, противоотечная,

десенсибилизирующая терапия, витамины, отсасывание по Зандерману. При пункции верхнечелюстных пазух отделяемого не получено. Проводимая в течение суток терапия к улучшению не привела, состояние ребенка оставалось тяжелым, нарастали местные воспалительные изменения, глазная щель еще более сузилась, появились хемоз и экзофтальм. Окулистом отмечен появившийся застой сосков зрительного нерва.

В связи с развившейся клинической картиной флегмоны орбиты произведено хирургическое вмешательство: двустороннее вскрытие решетчатого лабиринта, дренирование орбиты. В пазухах решетчатой кости и в орбитальной клетчатке обнаружено слизисто — гнойное содержимое. После операции продолжена инфузионная терапия антибиотиками, однако состояние ребенка не улучшалось, держалась температура 38,5 — 39,2°. Еще через сутки начата эндолимфатическая терапия. После катетеризации лимфатического протока вводился гентамицин в дозе 20 мг один раз в сутки, продолжалась инфузионная терапия. Состояние ребенка резко улучшилось на следующие сутки после начала эндолимфатического лечения: температура нормализовалась, резко уменьшились воспалительные явления в глазнице, появилась подвижность глазного яблока, исчезли хемоз и застойные явления на глазном дне. Эндолимфатическая и инфузионная терапия продолжались в течение 3 суток. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после поступления.

Таким образом, наши клинические наблюдения подтверждают высокую эффективность эндолимфатической антибиотикотерапии осложненных форм гнойных синуситов у детей. Средняя продолжительность курса лечения составляла не более 5 суток. Нормализация температуры тела наступала, как правило, на 3 — 5 сутки проводимой терапии. На 4 — 5 сутки после начала лечения нормализовался и лейкоцитарный индекс интоксикации. При применении эндолимфатического способа лечения сроки пребывания больных в стационаре сократились на 5 — 7 суток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов А.И. Использование регионарной лимфатической терапии при экссудативных формах синусита // Актуальные проблемы клинической лимфологии. — Андижан, 1991. — С. 113 — 115.
2. Благовещенская Н.С. Риносинусогенные внутричерепные осложнения и их диагностика на современном этапе // Вестн. оторинолар. — 1992. — N1. — С. 3 — 6.
3. Дерпа К.П., Пеньковский В.И., Никольский О.В. и др. Риносинусогенные орбитальные осложнения у детей // Журн. ушн. нос. и горл. бол. — 1990. — N6. — С. 16—19.
4. Евдошенко Е.А. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Журн. ушн. нос. и горл. бол. — 1989. — N5. — С. 1 — 6.
5. Зедгенидзе Г.А., Цыб А.Ф. Клиническая лимфология. — М. : Медицина, 1977.
6. Козлов М.А. Воспаление придаточных пазух носа у детей. — Л. : Медицина, 1985.
7. Левин Ю.М. Основы врачебной лимфологии. — М. : Медицина, 1986.
8. Панченков Р.Т., Выренков Ю.Е., Ярема И.В. Лимфосорбция. — М. : Медицина, 1982.
9. Панченков Р.Т., Ярема И.В., Сильманович Н.Н. Лимфостимуляция. — М. : Медицина, 1986.
10. Панченков Р.Т., Выренков Ю.Е., Ярема И.В., Щербаков Э.Г. Эндолимфатическая

антибиотикотерапия. — М. : Медицина, 1984.

11. Ярлыков С.А., Никольская Л.П. Глазные осложнения при синуситах у детей // Вестн. оторинолар. - 1986. - N6. - С. 82-83.

Andronnikov V. Yu., Kozlov M. Ya., Tzvetkov E. A.

**ENDOLYMPHATIC THERAPY IN TREATMENT OF ORBITAL COMPLICATION OF
PARANASAL SINUSITIS IN THE PEDIATRIC AGE GROUP**

Orbital complications of sinusitis in children generally demand surgical opening of the diseased sinuses and the orbit as well as treatment with adequate antibiotics following surgery. In cases when these methods proved unsuccessful the authors used endolymphatic injection of antibiotics. The drugs were injected through a catheter introduced into lymphatic duct or a lymphatic vessel once daily during 3 — 7 days. 11 patients suffering from severe purulent orbital complications of sinusitis were managed using the above described method. All of them recovered.

УДК 576.8.097.3:616.211-002]-07

С.М. Пухлик, О.В. Дюмин

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ
СИНДРОМОВ НАРУШЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ
РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ
РИНИТОМ**

Одесский государственный медицинский университет

Вазомоторный ринит относится к заболеваниям мультифакторного происхождения. В развитии этого заболевания имеют значения как экзо —, так и эндогенные факторы (Л.Б.Дайняк, 1991; С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов, 1991; Г.А.Гаджимирзаев, 1994). Однако, если роль экзогенных факторов в развитии вазомоторного ринита относительно изучена (М.С.Плужников, Г.В.Лавренова, 1990; J.Denis, 1979), то значение эндогенных факторов, среди которых ведущую роль имеет состояние иммунной системы, известно значительно меньше.

Оценить состояние иммунологической реактивности, определить значение экзо— и эндогенных факторов в возникновении и течении вазомоторного ринита мы пытались, используя регистрационную анкету НИАЛ АМН России (А.Д.Адо, А.В.Богова 1985). Анкета предусматривает комплексную оценку состояния иммунологической реактивности, изучение наследственных и внешнесредовых факторов, а также субъективную оценку динамики состояния здоровья обследуемых. Оценка состояния иммунологической реактивности проводилась посиндромно по методу Р.В.Петрова и соавт. (1992). Изучены следующие синдромы нарушения иммунитета: инфекционный, аллергический, аутоиммунный и лимфопролиферативный, а также их комбинации. В состав инфекционного синдрома вошли: рецидивирующие (не реже 1 раза в 1 — 3

месяца) острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), рецидивирующие и хронические бронхиты, пневмония, инфекционные заболевания кожи, грибковые заболевания, герпес, гастроэнтероколиты, пиелонефрит, остеомиелит, длительный субфебрилитет и пр. К аллергическому синдрому относятся: бронхиальная астма; аллергический ринит; крапивница; пылевая, медикаментозная, химическая аллергия и др. Аутоиммунный синдром включает: ревматизм, артриты, коллагенозы, васкулиты и др. Лимфопролиферативный синдром охватывает такие нозологии, как: лимфоаденопатии, гепатолиенальный синдром, опухоли, лимфогранулематоз и пр.

Анализ наследственных предпосылок предусматривал посиндромную оценку перенесенных заболеваний близкими родственниками по горизонтали и в двух поколениях по вертикали. Вклад вредных факторов окружающей среды оценивался по наличию и длительности контакта с химическими веществами, работы в условиях низкой или высокой температуры и её резких перемен, повышенной влажности и др.

Всего анкетировано 350 больных вазомоторным ринитом, обратившихся за медицинской помощью, из них нейровегетативная форма установлена у 188 больных, аллергическая — у 162. Нарушения иммунологической реактивности выявлены у 34 больных нейровегетативной (18,9%) и у 133 больных аллергической формой (82,1%) вазомоторного ринита.

В группе больных нейровегетативной формой вазомоторного ринита инфекционный синдром был выявлен у 21 больного (11,2%), аутоиммунный — у 10 (5,3%), Лимфопролиферативный — у 3 (1,6%). Среди больных аллергической формой вазомоторного ринита инфекционный синдром отмечен у 65 больных (40,1%), аллергический — у 49 (30,2%). Следует уточнить, что в этой группе помимо аллергического ринита оценивались и другие проявления аллергии. Аутоиммунный и Лимфопролиферативный синдромы имели значительно меньший удельный вес (8,6% и 2,5% соответственно). У 58 больных (35,8%) отмечены разнообразные комбинации синдромов нарушения иммунологической реактивности.

Определенный интерес вызывает связь распространенности клинических синдромов нарушения иммунитета с наследственными предпосылками и неблагоприятными факторами внешней среды. С этой целью больные вазомоторным ринитом были разделены на 4 группы в зависимости от наличия или отсутствия этих факторов. В первую группу отобраны 105 больных (30,0%) со здоровой наследственностью, не контактировавшие с вредными факторами окружающей среды. Во вторую группу вошли 96 пациентов (27,4%) с отягощенной наследственностью. Третью группу составили 93 больных (26,6%), которые контактировали с вредными факторами внешней среды. И, наконец, четвертую группу из 56 человек (16,0%) объединили отягощенная наследственность и контакт с неблагоприятными факторами внешней среды.

Анализ полученных результатов показал, что у больных, которые контактировали с вредными факторами внешней среды, частота всех синдромов

нарушения иммунологической реактивности была существенно выше ($P<0,01$) по сравнению с первой группой (соответственно 13,3% и 31,2%). Частота всех этих синдромов оказалась еще выше у больных с отягощенной наследственностью (42,7%). По сравнению с показателями в первой группе эта разница была достоверной ($P<0,001$). Особый риск возникновения нарушений иммунологической реактивности существует при действии вредных факторов внешней среды на лиц с отягощенной наследственностью. Поэтому и частота синдромов нарушения иммунологической реактивности была наиболее высокой в этой группе - 66,1% ($P<0,001$).

Структура синдромов нарушения иммунологической реактивности была одинаковой во всех группах: наибольший удельный вес имели инфекционный и аллергический синдромы, наименьший — лимфопролиферативный. Максимальная частота комбинированного синдрома (60,2%) отмечена в четвертой группе.

В структуре отягощенной наследственности преобладали, по нашим наблюдениям, аллергические заболевания (43,5%), реже встречались признаки инфекционного и лимфопролиферативного синдромов — 16,4% и 14,6% соответственно. Наследование аллергических заболеваний наблюдалось в 2,44 раза чаще по линии матери, чем по линии отца (61,5% и 25,2% соответственно, $P<0,01$). Комбинации в наследовании других синдромов нарушения иммунологической реактивности по линии матери и отца статистически недостоверны.

Заключение

Распространенность синдромов нарушения иммунологической реактивности в группе больных аллергической формой вазомоторного ринита многократно превышает таковую среди больных нейровегетативной формой (82,1% и 18,1% соответственно, $P<0,001$). Ведущая роль в обеих группах принадлежит инфекционному синдрому, причем рецидивирующие ОРВИ и бронхолегочные заболевания составляют более 60% этой патологии. В развитии поражений иммунной системы у больных вазомоторным ринитом существенная роль принадлежит действию вредных факторов внешней среды и отягощенной наследственности. Особенно возрастает риск изменений иммунологической реактивности при сочетании этих факторов. Наследственно обусловленные поражения иммунной системы проявляются преимущественно в виде аллергических заболеваний и передаются чаще по материнской линии.

Представленные результаты клиничко — анамнестических исследований представляют интерес в плане уточнения роли иммунной системы, наследственных и профессиональных факторов в развитии той или иной формы вазомоторного ринита. Используемые в работе методы могут оказать помощь в прогнозировании развития данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д., Богова А.В. Аллергологическое обследование. — М., 1985.
2. Гаджимирзаев Г.А. Новые сведения о патогенезе вазомоторного ринита // Российская ринология. — 1994. — Приложение 2. — С. 34 — 35.
3. Диагностика, клиника и лечение вазомоторного ринита: Методические рекомендации // Сост.: Дайняк Л.Б. и др. — М., 1991.
4. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. — Воронеж, 1991.
5. Плужников М.С., Лавренова Г.В. Воспалительные и аллергические заболевания носа и околоносовых пазух. — Киев, 1990.
6. Denis I. Polypose et alleigie // Ann. oto-laryngol. - 1979. - Vol. 96, N6. - P. 422-426.

Puchlick S.M., Dyumin O.V.

PREVALENCE OF CLINICAL SYNDROMES OF DISTURBED IMMUNOLOGIC REACTIVITY IN PATIENTS WITH VASOMOTOR RHINITIS

A study of immunologic reactivity in a series of 350 patients suffering from vasomotor rhinitis was conducted using the charts especially developed for clinical examination of allergic patients by Russian Research Institute of Allergy. Disturbances were revealed in 18,1% of patients with neurovascular (first group) and in 82,2% with allergic (second group) vasomotor rhinitis. The infectious syndrome prevailed in both groups, allergic — in the second. Autoimmune and lymphoproliferative syndromes were rare. The study confirmed the importance of congenital and environmental factors for development of vasomotor rhinitis as well as disturbances of immunologic reactivity.

УДК 616.211+616.24]-07

Г. А. Гаджимирзаев ПАРАДОКСЫ СОВРЕМЕННОЙ РИНОПУЛЬМОНОЛОГИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Кафедра оториноларингологии Дагестанского института усовершенствования врачей

Дыхательные пути, по мнению многих исследователей, в анатомо — физиологическом отношении образуют единое целое, а в условиях клиники патологический процесс в одном отделе неблагоприятно отражается на состоянии другого. При затруднении носового дыхания нарушается легочная вентиляция, развивается гипоксия и гипоксемия (Г.А.Гаджимирзаев, 1987; 1992; К.Schumann, К.Liniado, 1981 и др.). При длительном расстройстве функции внешнего дыхания нарушаются окислительно — восстановительные процессы, вследствие чего в тканях легкого накапливаются промежуточные продукты обмена —

молочная кислота, мочеви́на, аммиак, хлориды. Это, в свою очередь, может сопровождаться пролиферацией клеток межальвеолярных перегородок, инфильтрацией их лейкоцитами и развитием соединительной ткани (В.П.Пырля, 1973 и др.)- Экспериментальные исследования показали, что длительное одностороннее выключение носового дыхания у кроликов вызывает стойкие морфогистохимические изменения в тканях дыхательных путей, совокупность которых укладывается в картину нарушения дренажной функции бронхов (Г.А.Гаджимирзаев и соавт., 1981; Г.А.Гаджимирзаев, 1992).

Как известно, в иннервации респираторной системы, наряду с другими нервами, участвует блуждающий нерв. Его раздражение при воспалительных процессах в полости носа и околоносовых пазухах может привести к бронхоспазму и ателектазу легочной ткани (В.И.Монастырская, 1959; Г.А.Гаджимирзаев и соавт., 1980; 1982 и др.).

Наряду с влиянием со стороны верхних дыхательных путей на нижние, имеет место и обратное явление. Анализируя результаты клинических и лабораторных исследований, направленных на выяснение характера нарушений в верхних дыхательных путях при локализации первичного хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе, мы пришли к выводу о неблагоприятном влиянии хронического бронхолегочного процесса на состояние верхних дыхательных путей (Г.А.Гаджимирзаев, 1979; 1984; 1992). При этом в верхних дыхательных путях (ВДП) отмечаются усиление секреции и отечность слизистой оболочки. На рентгенограмме околоносовых пазух эти морфологические изменения проявляются снижением прозрачности пазух.

В условиях аллергической реакции четко прослеживается анатомо — физиологическое единство дыхательной системы. Аллергическая реакция в полости носа часто является начальным моментом сенсibilизации всего дыхательного тракта, в связи с чем аллергические риносинуситы рассматриваются как преадаптическое состояние. Влияние ВДП на нижние осуществляется путем ринобронхиального рефлекса. При хроническом раздражении слизистой оболочки носа отмечается повышение бронхиального сопротивления (В.Е.Остапкович, В.Б.Панкова, 1989; М.С.Плужников и соавт., 1986). У больных с аллергическим риносинуситом с помощью функциональных методов исследований внешнего дыхания выявлена гиперчувствительность бронхов (М.С.Плужников и соавт., 1983; E. Neumann et al., 1980). Обширный клинический материал и научные разработки свидетельствуют о благоприятном влиянии санации одного отдела респираторной системы на другой. В связи с этим в пульмонологических центрах обязательным условием является участие в лечебном процессе оториноларинголога.

Дыхательный тракт представляет собой единое целое не только в анатомо — физиологическом, но и в клиническом аспекте. Деление респираторной системы на верхний (оториноларингологический) и нижний (интернистский) отделы и соответствующее «курирование» их представителями разных специальностей при «ничейной» трахее приводит нередко к клиническим

казусам. Приведем некоторые из них.

1. По нашим данным (ГАГаджимирзаев, 1980; 1992; 1994) у 88,8% детей, страдающих ОРВИ и находящихся на стационарном лечении, одновременно диагностируются ангина, риносинусит, аденоидит, фарингит, ларингит и др. При этом практически у всех пациентов на фоне заражения вирусом обостряются очаги хронической инфекции ЛОР органов. Так как педиатры, работающие в поликлиниках и стационарах, не владеют методиками инструментального исследования ВДП, эти заболевания они, как правило, не диагностируют и целенаправленное лечение не проводят. Консультант—оториноларинголог лишь выборочно осматривает детей с ОРВИ. Однократный осмотр больного и 1—2 дополнительных медикаментозных или физиотерапевтических назначения мало помогают в лечении подобных больных. Для санации ВДП, особенно околоносовых пазух, пациенты нуждаются в ежедневных специальных врачебных процедурах. По нашему мнению, одной из причин формирования очага хронической инфекции ВДП являются нелеченные острые воспалительные процессы в полости носа, околоносовых пазухах, глотке и гортани в период респираторных вирусных инфекций.

2. При первичной локализации хронического воспалительного очага в бронхолегочной системе, как уже отмечалось, в ВДП развивается отечный синдром. Этим больным практически всегда выставляют стандартные диагнозы «хронический ринит», «вазомоторный ринит», «хронический риносинусит» и назначают курс лечения. После временного улучшения спустя 1,5 — 2 недели носовое дыхание снова ухудшается, в связи с чем предписывается новый курс лечения. Между тем, отсутствие эффекта от лечения у подобных больных является одним из достоверных признаков, свидетельствующих о неблагополучии со стороны нижних дыхательных путей. Сопоставляя эндоскопические находки в полости носа и бронхах у пациентов с комбинированным поражением респираторной системы, мы пришли к выводу, что отечный синдром в полости носа наблюдается при эндобронхите (Г.А.Гаджимирзаев, 1987; 1992). В процессе бронхоскопической санации мы наблюдали постепенное уменьшение секреции, отека слизистой оболочки полости носа, нормализацию ее цвета и восстановление воздушности синусов. Положительную динамику можно было наблюдать уже после 2 — 3 лечебных бронхоскопий. Примечательно, что у тех больных, у которых не удавалось добиться полной санации бронхиального дерева, как правило, сохранялись отек и повышенная секреция слизистой оболочки ВДП.

Застойными явлениями обусловлен и синюшный оттенок слизистой оболочки полости носа. Подобная окраска слизистой оболочки верхних дыхательных путей является характерным признаком аллергических и вазомоторных заболеваний (Б.С.Преображенский и соавт., 1969). Таким больным часто выставляют диагноз «вазомоторный ринит» и безуспешно и длительно проводят местное лечение каплями и гормональными мазями.

3. По мнению отдельных авторов, у больных с комбинированным аллергическим заболеванием дыхательного тракта не всегда отмечается

однотипная реакция в полости носа и бронхах. Так, при атопической бронхиальной астме вазомоторный ринит может быть не только аллергической, но и нейровегетативной формы. При инфекционно — аллергической астме чаще наблюдается нейровегетативная, реже — аллергическая форма вазомоторного ринита.

4. Педиатры рассматривают бронхиальную астму как эквивалент респираторного аллергоза, а оториноларингологи продолжают «носовую астму» считать неврозом вегетативного отдела нервной системы. Согласно классификации вазомоторного ринита Л.Б.Дайняк (1966), различают аллергическую и нейровегетативную формы, и учитывая анатомию — физиологическое единство дыхательного тракта, можно было бы признать право на существование нейровегетативной формы бронхиальной астмы, однако в современных классификациях болезней нижних дыхательных путей у детей такой нозологической формы не значится.

Лечение заболеваний всего дыхательного тракта вплоть до начала XX века входило в обязанности интерниста. С возникновением и становлением новой клинической специальности — оториноларингологии (в России это произошло в 1893 г.), терапевты и педиатры постепенно перестали интересоваться болезнями ВДП, оториноларингологи же, успешно овладев тонкостями инструментального исследования и специальными методами лечения болезней носа и околоносовых пазух, также стали забывать принцип взаимосвязи заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Лишь на рубеже 50 — 60 годов нашего века, в связи с увеличением числа больных острыми рецидивирующими и хроническими заболеваниями дыхательного тракта, врачи вновь обратились к положению об анатомии — физиологическом единстве дыхательной системы и стали трактовать частую комбинацию поражения обоих отделов респираторной системы с этих позиций.

Со времени выделения пульмонологии в самостоятельную специальность и ее интенсивного развития стало очевидно, что деление дыхательного тракта на два этажа и, соответственно, курирование их патологии разными специалистами препятствует полноценному лечению больных с патологией дыхательной системы. Положение об обязательном осмотре всех пульмонологических больных оториноларингологом привнесло определенный прогресс, но подход к этим больным по принципу «со своей меркой» остался прежним.

Мы считаем, что лечение заболеваний всех отделов дыхательного тракта одним специалистом — респиратологом, одинаково хорошо владеющим фонендоскопом и носовым зеркалом, несомненно, было бы в интересах больных. Только респиратолог сможет адекватно интерпретировать патологические проявления на разных этажах дыхательной системы, оценить их взаимосвязь и сопряженность, провести патологически обоснованное лечение. Вопросы профилактики всех заболеваний дыхательных путей также легче решать специалисту—респиратологу.

Респиратолога проще было бы получить из числа пульмонологов. Он должен пройти 4 — 6 — месячную подготовку по клинической ринологии в соответствующей клинике, владеть методами эндоскопии, диагностики и лечения заболеваний ВДП, освоить методики пункций и дренирования околоносовых пазух. Самостоятельная практическая работа, а при необходимости и повторные курсы повышения ринологической квалификации, со временем сформируют специалиста, мыслящего с позиций анатома — физиологического и клинического единства респираторной системы. Возможно, именно респиратолог сумеет найти ответ на извечный вопрос, «для чего существуют околоносовые пазухи».

Сотрудничество ринологов и респиратологов будет способствовать взаимному обогащению новыми идеями, повышению качества профилактической и лечебно — диагностической работы. Целесообразно проведение совместных конференций по актуальным вопросам ринопульмонологии и обсуждение назревших клинических и организационных вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджимирзаев Г.А. Некоторые клинические особенности синусита у детей, страдающих хронической пневмонией // Журн. ушн. нос. и горл. бол. — 1978. — N3. — С. 19 — 23.
2. Гаджимирзаев Г.А. Хроническая пневмония и заболевания верхних дыхательных путей // Актуальные вопросы иммунологии и аллергии. — Махачкала, 1979. — С. 90 — 92.
3. Гаджимирзаев Г.А., Сапелкина И.М., Кулакова Г.И. Очаги инфекции верхних дыхательных путей и острая бронхопневмония у детей // Вестн. оторинолар. — 1980. — N1. — С. 16 — 20.
4. Гаджимирзаев Г.А. Михайловский М.С., Магомедов М.М. Влияние одностороннего выключения носового дыхания на состояние бронхов // Вестн. оторинолар. — 1981. — N1. — С. 26 — 29.
5. Гаджимирзаев Г.А. Влияние хронических заболеваний бронхолегочной системы на состояние верхних дыхательных путей у детей // Вестн. оторинолар. — 1984. — N5. — С. 68 — 69.
6. Гаджимирзаев Г.А. Состояние внешнего дыхания у детей с патологией верхних дыхательных путей и хронической пневмонией // Журн. ушн. нос. и горл. бол. — 1987. — N1. — С. 43 — 47.
7. Гаджимирзаев Г.А. Современные представления о патогенетической взаимосвязи заболеваний верхних и нижних дыхательных путей у детей // Вестн. оторинолар. — 1992. — N3. — С. 27 — 30.
8. Гаджимирзаев Г.А. Критическая оценка некоторых положений проблемы вазомоторного ринита у детей // Материалы научной конференции ВМА, посвященной 100 — летию ЛОР кафедры. - СПб, 1993. - С. 238-239.
9. Гаджимирзаев Г.А. Варианты вазомоторного ринита у детей // Вестн. оторинолар. — 1994. - N2. - С. 18-20.
10. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит. — М. : Медицина, 1966.
11. Монастырская Б.М. Патогенез и морфологическая картина пневмоний. — Л. : Медицина, 1959.
12. Остапкович В.Е., Панкова В.Б. Особенности диагностики преастанты у рабочих химических производств // Вестн. оторинолар. — 1980. — N6. — С. 64 — 67.
13. Плужников М.С., Дегтярева З.Я., Накатис Я.А., Рязанцев С.В. Возможности использования общей плетизмографии в оториноларингологии // Журн. ушн. нос. и горл. бол. — 1983. — N6. — С. 27-31.
14. Плужников М.С., Рязанцев С.В., Накатис Я.А., Шпаков В.ф. Особенности клинической тактики при оперативных вмешательствах в полости носа и околоносовых пазухах у больных

бронхиальной астмой // Вестн. оторинолар. — 1986. — №6. — С. 42 — 46.

15. Преображенский Б.С., Дайняк Л.Б., Тарасов Д.И., Богомильский М.Р. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей. — М. : Медицина, 1969.

16. Пырля В.П. Роль заболеваний носоглотки в патогенезе хронической пневмонии у детей. — Дис. . . . канд. мед. наук. — Днепропетровск, 1973.

17. Neumann E., Mulberg H., Risenberg B. Rhinitis allergica und Lungsefunktion // Dtsch. Gesundh. Wes. - 1980. - Bd. 35. - S. 1462-1466.

18. Schumann K., Liniado K. Der Einfluciner Septundeviation aut die gefunktion // HNO. — 1981. - Bd. 29 - N1. - S. 6-9.

Gadgimirzaev G. A.

THE PARADOXES OF MODERN RHINOPULMONOLOGY AND THE WAYS OF THEIR SOLUTION

The author considers that division of the airways into two parts and managing the upper airway and lower airway diseases by physicians of different specialities creates serious problems in diagnosis, treatment and prevention of rhinopulmonary pathology. The question under discussion is a possibility of managing the rhinopulmonary diseases by specially trained physician — «respiratologist» who is equally would be able to use a nasal speculum as well as a stethoscope.

Редколлегия журнала после длительного обсуждения сочла возможным опубликование данной статьи, хотя многие ее положения выглядят спорными и требуют комментариев. Во —первых, и без исследований, проведенных автором, было понятно, что ОРВИ — это острое воспаление слизистой оболочки дыхательных путей, поэтому в каждом случае в той или иной степени, в зависимости от стадии, представлено проявлениями ринита, фарингита, ларингита и так далее. Во —вторых, создание новой специальности — респиратологии — вряд ли целесообразно, да и едва ли возможно в нынешних условиях.

С другой стороны, рациональным зерном данной статьи является мысль о необходимости тесных контактов, обмена идеями между пульмонологами и оториноларингологами. К сожалению, пока две эти специальности существуют в изоляции. Результатом этого является, например, и по сей день широко распространенная среди терапевтов точка зрения о том, что хирургическое лечение полипозного синусита может привести к ухудшению в течении бронхиальной астмы. Мы убеждены, что хирургическое вмешательство в данной ситуации абсолютно необходимо и безопасно, но его планирование и предоперационная подготовка требуют тесного взаимодействия оториноларинголога, пульмонолога и аллерголога.

Мы надеемся, что эта публикация послужит стимулом для новых контактов между представителями смежных специальностей, к проведению встреч и конференций, где при участии всех заинтересованных сторон будут обсуждаться проблемы сочетанных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Ф. И. Чумаков, О. В. Дерюгина
ТУБЕРКУЛЕЗ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
(Обзор литературы)

ЛОР отделение МОНИКИ

Туберкулез (Т) носа и околоносовых пазух встречается нечасто и почти всегда является проявлением общей туберкулезной (ТБК) инфекции. Первичный ТБК комплекс в носу очень редок (M.Glowacka, E.Kossowska, 1966; G.Rosemann, K.H.Vosten, 1977), однако в связи с резким увеличением заболеваемости и болезненности Т в России за последние годы вероятность возникновения такой патологии возрастает.

Известны два типа специфических заболеваний носа ТБК этиологии: истинный Т и туберкулезная волчанка (ТВ), называемая также вульгарной. Последняя встречается чаще истинного Т. Для нее характерно поражение кожи наружного носа с образованием узелков размерами от просыаного зерна до чечевицы, серовато — желтых или красноватых продуктивных инфильтратов и грануляций. Инфильтраты распадаются с образованием язв, разрушающих подлежащий хрящ кончика, крыльев и перегородки носа. Самоизлечение волчанки — обычное явление. Бывает, что поражение проходит бесследно, но чаще после обширных глубоких изъязвлений остаются гладкие блестящие рубцы неправильной формы. На их поверхности могут появиться свежие узелки и инфильтраты (М.Я.Бомаш, 1949 и др.).

Для ТВ характерны: начало заболевания в детском или подростковом возрасте, узелковая инфильтрация, малая болезненность, одновременное поражение кожи и слизистой оболочки, наличие рубцовых изменений в сочетании с активными, т. е. с инфильтратами и язвами (А.Н.Вознесенский, 1948 и др.). ТВ возникает обычно гематогенно у больных с Т кожи, костей, лимфатических узлов при наличии в большинстве случаев неактивных петрифицированных ТБК очагов в легких (G.Lorett et al., 1985 и др.).

Т носа может проявиться в любой стадии развития специфического процесса в организме: при первичном комплексе, генерализации, всех формах постпервичного Т и как изолированное органное поражение. На стадии генерализации может происходить милиарное обсеменение кожи и слизистой оболочки носа (милиарный Т кожи и/или слизистых оболочек, диссеминированная милиарная волчанка), но в большинстве случаев Т носа развивается вторично в уже давно зараженном организме. Если активных ТБК очагов нигде не выявляется, то это «изолированный органный Т». При этом попадание микобактерий Т (МВТ) в ткани носа происходит гематогенно (G.Rosemann, K.H.Vosten, 1977).

При так называемом изолированном Т носа и околоносовых пазух тщательное обследование почти всегда выявляет те или иные признаки («следы») перенесенного в прошлом Т в виде петрификатов или очагов Гона (А.Е.Дитятков, Л.В.Данилова, 1993; G.Kodel, 1966; A.Pellant, J.Svoboda, 1980), но в некоторых случаях обнаружить их не удается (J. Herard, 1960; H. Krassing, 1962; C.Timm, G.L.Homey, 1964; U.Reimann, 1968; T.Kido et al., 1981), по крайней мере при жизни больного.

Т носа и пазух встречается в любом возрасте, как у детей (D.Radonic, M.Mitrovic, 1968; M.Gignouxetal., 1970), так и у лиц старше 70 лет (Л.А.Яноваисоавт., 1985; J.Navratil, 1960; G.Lorett et al., 1985; D.W.Sim, J.A.Crowther, 1988). Начало заболевания может быть бессимптомным или создавать впечатление банального ринита или синусита (J.Bourdial

et al., 1965). Болевые ощущения появляются в основном при образовании язв или вовлечении в процесс периоста (А.Н.Вознесенский, 1959). Выделения из носа носят слизисто — гнойный характер, при язвах и грануляциях — с примесью крови (G. Grose, M.Fortuni, 1963; A-Tomanek et al., 1966; S.R.Waldman et al., 1981). После высыхания они превращаются в корки.

Первоначальный элемент поражения — узелок размером с булавочную головку серовато — беловатого, красноватого или желтоватого цвета студенистой консистенции. Узелки легко кровоточат при прикосновении. Вскоре вокруг них появляется инфильтрация, или же их основание может быть инфильтрированным с самого момента появления. Инфильтраты имеют бугристую поверхность и часто сопровождаются образованием грануляционной ткани, имеющей папилломатозный или опухолеподобный вид. Иногда с самого начала инфильтрат имеет форму опухоли с гладкой или мягкой сосочковидной поверхностью.

Язвы отличаются зубчатыми «изъеденными» краями с бледно — розовыми или сероватыми грануляциями. Они могут занимать значительную площадь и/или проникать в глубину, достигая хряща или кости. В этих случаях всегда присоединяется вторичная инфекция. Перегородка в случае ее поражения перфорируется в хрящевой части. Рубцы при Т носа редки, они имеют неправильную форму, гладкие, блестящие, лучистые.

Фаза процесса может быть преимущественно продуктивной или преимущественно экссудативной. В продуктивной фазе динамика медленная, ткани бледные, инфильтраты более плотные, бугристые, опухолевидные, язвы чаще поверхностные, покрытые пышными грануляциями. В экссудативную фазу на первый план выходят признаки более или менее выраженного острого воспаления с гиперемией и отеком, инфильтраты при этом красные, диффузные, язвы обширные, кратерообразные, глубокие. Характерно также появление милиарных узелков (А.Н.Вознесенский, 1948).

Разрушение перегородки носа в хрящевом отделе особенно характерно для ТВ, но бывает и при Т (М.Я.Бомаш, 1949; А.Н.Вознесенский, 1959; М.И.Бугаева и соавт., 1972; А.Е.ДИТЯТКОВ, Л.В.Данилова, 1993). Костный отдел перегородки страдает лишь в редких случаях (S.R. Waldmann et al., 1981).

В зарубежной литературе имеются единичные сообщения о первичном ТВК комплексе, локализуемом на коже вокруг ноздрей или в полости носа (на перегородке) в виде инфильтрата или язвы с одновременным увеличением подчелюстных лимфатических узлов (M.Glowacka, E.Kossowska, 1966; G.Rosemann, K.H.Vosten, 1977). Между прочим, регионарные лимфатические узлы увеличиваются и при постпервичном Т полости носа и пазух (I.Martina, 1963; P.Parolary, G.Cavallazzi, 1966).

В области носа чаще, чем в других ЛОР органах, встречаются так называемые туберкуломы, обычно напоминающие полипы, а реже — опухоли (Л.А.Янова, 1985; С.Mesolella, 1965 и др.). Иногда их обнаруживают и в околоносовых пазухах (J.P.Hagenauer, B.Jakubowicz, 1973). Туберкуломы делят на гранулотуберкуломы, состоящие из скоплений грануляционной ткани с конгломератами ТВК бугорков, и фибротуберкуломы, построенные из плотной соединительной ткани, включающей в себя местами единичные ТВК бугорки. Туберкуломы не склонны к распаду и поэтому имеют тенденцию к длительному существованию (М.Я.Бомаш, 1949). Слизистая оболочка, покрывающая ТВК инфильтраты и туберкуломы, теряет прозрачность, поэтому сосудистый рисунок на ее поверхности не просматривается (Ф.И.Чумаков, 1992).

По сравнению с полостью носа околоносовые пазухи поражаются реже. Т решетчатого лабиринта часто протекает под видом опухоли или казеозного ринита. Зондирование при этом может обнаружить обнаженную кость (М.Я.Бомаш, 1949).

Нередко одновременно вовлекается и верхнечелюстная пазуха (A.Pellant, J.Svoboda, 1980). Т этой пазухи, если не сопровождается специфическим остеоитом, протекает обычно под видом гнойного или гнойно — полипозного гайморита (J.R.Page, D.K.Jash, 1974 и др.), и обнаружение ТБК бугорков в удаленном при операции материале часто является полной неожиданностью для врача (В.П.Шилов, 1969; J.Navratil, 1960). Бывает, однако, что процесс через переднюю стенку распространяется на мягкие ткани щеки, тогда она припухает за счет специфической инфильтрации клетчатки в области собачьей ямки (I.Martina, 1963; E.Varga, Z.Kotai, 1986). Некоторые авторы в таких случаях говорят о Т верхнечелюстной кости. Сказанное относится и к лобной пазухе, при ТБК поражении которой может быть отек век, припухлость мягких тканей лица (J.Lemoine et al., 1965; D.Radonic, M.Mitrovic, 1968; G.K.Shukla et al., 1972).

Достоверным клиническим признаком костного поражения является образование свищей, ведущих обычно в преддверие или полость рта (J.Herard, 1960; A.Stefaniu, N.Popescu, 1968; E.Varga, Z.Kotai, 1986). В ряде случаев ТБК поражение носа и околоносовых пазух напоминает опухоль (M.Messervy, 1971; H.Coudry et al., 1973; T.Hotate et al., 1979; D.W.Sim, J.A.Crowther, 1988). Подобные «опухоли» способны прорастать в глубину, в частности сквозь перегородку носа, разрушая хрящ (М.Я.Бомаш, 1949).

Диагноз Т носа и пазух ставят на основании гистологического исследования биопсийного материала, обнаружения в очаге МВТ, а иногда и результатов пробного противотуберкулезного лечения (M.Buriana, 1979). Во многих случаях Т легко выявляется при цитологическом исследовании соскобов с инфильтратов, отпечатков с язв, пунктата пораженных пазух и лимфатических узлов (И.Л.Теодор и соавт., 1995). Поиски МВТ в исследуемом материале производят с помощью флуоресцентной микроскопии, посевов и заражений животных (P. Cernea et al., 1969 и др.). Все случаи синуситов, неподдающихся обычному лечению, в том числе и хирургическому, особенно с образованием свищей, подозрительны в отношении Т (A.Stefaniu, N.Popescu, 1968).

А.Н.Вознесенский (1948) рекомендует дифференцировать Т полости носа и пазух с гуммозным сифилисом, опухолями, банальными полипами, склеромой, проказой, хронической формой сапа, хронической экземой преддверия носа, передним сухим ринитом, неспецифическими перфорациями передних отделов перегородки носа. По нашему мнению, к этому перечню следует добавить еще и саркоидоз и гранулематоз Вегенера. P.Parolari & C.Cavallazzi (1966) подчеркивают сложность дифференциальной диагностики со злокачественными опухолями. В сомнительных случаях следует использовать туберкулиновые пробы. Как и при Т других локализаций следует иметь в виду возможность одновременного заболевания Т и раком (V. Vrat et al., 1985). Определенное значение имеют результаты рентгенологического исследования, которое иногда может выявить костную деструкцию и образование секвестров. Применение рентгена — и компьютерной томографии дает дополнительную информацию, но на снимках зачастую определяется лишь снижение пневматизации пораженных пазух, но не выявляются секвестры (В.П.Шилов, 1969).

В плане лечения Т в настоящее время основное значение придается медикаментозной терапии, под влиянием которой иногда исчезают даже опухолевидные специфические образования (P.Cernea et al., 1969; M.Gignoux et al., 1970; H.Coudry et al., 1973 и др.). Лечение проводится комбинацией препаратов, оказывающих суммарный бактериостатический эффект и должно продолжаться в течение многих месяцев. Наиболее действенными противотуберкулезными средствами в настоящее время считаются изониазид и рифампицин, за ними следуют стрептомицин, пиразинамид,

этамбутол, циклосерин и др. Наименее эффективны ПАСК и тибон (М.И.Перельман и соавт., 1990).

Туберкуломы, опухолеподобные инфильтраты и секвестры подлежат удалению, иногда вместе с регионарными лимфатическими узлами, на фоне медикаментозного лечения, включающего обычно три различных препарата. Пораженные пазухи вскрывают и выскабливают (M.Glowacka, E.Kossowska, 1966; A.Tomanek et al., 1966; D.Radonic, M.Mitrovic, 1968; J.P.Hagenauer, W.Jakubowicz, 1973). Хирургическое лечение без «прикрытия» противотуберкулезными препаратами угрожает опасностью генерализации процесса (J.Lemoine et al., 1965). При своевременном начале и правильном проведении терапии исход заболевания благоприятный.

Нелеченный Т носа способен продолжаться годами. За это время может развиться стеноз полости носа (S.R.Waldman et al., 1981). Причиной стеноза бывает также образование рубцов, деформация и сужение преддверия носа при ТВ (А.Н.Вознесенский, 1959). Все больные Т носа и околоносовых пазух, даже в случае изолированного поражения, должны находиться под наблюдением в противотуберкулезном диспансере по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бомаш М.Я. Туберкулез носа // Хирургические болезни носа, придаточных пазухи носоглотки / Под ред. Я.С.Темкина и Д.М.Рутенбурга. — М. : Медгиз, 1949. — С. 157—165.
2. Бугаева М.И., Романов М.И., Земскова З.С. О туберкулезной волчанке носа и носоглотки у больной хроническим гематогенно — диссеминированным туберкулезом легких // Вестн. оторинолар. - 1972. - N4. - С. 102-103.
3. Вознесенский А.Н. Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов, рта и пищевода // М. : Медгиз, 1948.
4. Вознесенский А.Н. Туберкулез верхних дыхательных путей, рта и уха // Многоотомное руководство по туберкулезу. — М. : Медгиз, 1959. — Т. 2. — Кн.2. — С. 7 — 59.
5. Дитятков А.Е., Данилова Л.В. Изолированный туберкулез полости носа // Пробл. туберк. - 1993. - N4. - С. 61-62.
6. Перельман М.И., Корякин В.А., Протопопова Н.М. Туберкулез. — М. : Медицина, 1990.
7. Теодор И.Л., Чумаков Ф.И., Шатохина С.Н., Михайлова Г.Е. Цитологическая диагностика заболеваний ЛОР органов. Монография —атлас. — М. : МОНИКИ, 1995.
8. Чумаков Ф.И. Симптом сосудистого рисунка слизистой оболочки в дифференциальной диагностике заболеваний дыхательных путей // Современные методы диагностики и лечения в оториноларингологии. - М. : МОНИКИ, 1992. - С. 14- 18.
9. Шилов В.П. Случай туберкулеза гайморовой пазухи // Вестн. оторинолар. — 1969. — N2. - С. 95-96.
10. Янова Л.А., Федосеева М.В. Случай туберкуломы полости носа // Пробл. туберк. — 1985. - N1. - С. 70-71.
11. Bourdial J., Natali R., Mahe E. Un cas de tuberculose du sinus maxillaire //Ann. Oto—laryngol. - 1965. - Vol. 82, N9. - P. 721-723.
12. Burujana M. Aspecte ale tuberculosei in ORL (74 cazuri personal!) // Oto — Rhino — Laring. — 1979. - Vol. 24, N4. - P. 299-304.
13. Cemea P., Rouchon C., Tecucianu J.F. Aspects actuels de la tuberculose des maxillaires at du malaire // Rev. Stomat. - 1969. - Vol. 70, N1. - P. 1-18.
14. Codry H., CyglerB., Duilot C. et al. A propos de deux localisations tuberculeuses naso — sinusienne et parotidieime // Journ. Franc. ORL. - 1973. - Vol. 22, N4. - P. 343-345.
15. Croce G., Fortuni M. Sulla tuberculosi nasali ulserosa // Valsalva. - 1963. - Vol. 39, N4. -P. 84-92.
16. Gignoux M., Martin H., Gadot P. et al. Tuberculose nasale a forme tumorale // Journ. Franc. ORL.

- 1970. - Vol. 19, N4. - P. 331-332.

17. Gowacka M., Kossowska E. Pierwotny zespol grutlizy blony sluzowej przegrody nosa i wezla podszczekowego u dziewczynki 10-letniej // Otolaryng. polska. - 1966. - Vol. 20, N4. - P. 555-557.

18. Hagenauer J.P., Jakubowicz B. Tuberculose nasale a forme tumorale // Journ. Franc. ORL. — 1973. - Vol. 22, N1. - P. 61-62.

19. Herald J. Un cas de sinusite maxillaire tuberculeuse // Ann. Oto —laryngol. — 1960. — Vol. 77, N12. - P. 955-957.

20. Hotate T., Asakura K., Ara H. Tuberculoma occuring in nasal septum // Zbl. HNO —Heilk. — 1979. - Bd. 120, H. 4. - S. 328.

21. Kido T., Nishikawa M., Ohyama H., Sekitani T. Tuberculosis of the paranasal sinuses. A case report and literature review // Pract. Otol. (Kyoto). - 1981. - Vol. 74, N10. - P. 2209-2215.

22. Kodel G. L'infection tuberculose dans la paroi de cystes dentaires des naxillaires // Zbl. HNO — Heilk. - 1966. - Bd. 92, H. 2. - S. 140.

23. Krassing H. Isolierte Tuberculose der Kiefirhohle // Zbl. HNO-Heilk. - 1962. - Bd. 73, N4. - S. 228.

24. Lemoine J., Fleury P., Thobaut B., Fombeur J.P. A propos d'un cas de tuberculose du sinus frontal // Ann Oto-laryng. - 1965. - Vol. 88, N12. - P. 978-980.

25. Lorett G., Fetisoff F., Douvion M.J. et al. Ulceration tuberculeuse du nez // Sem. Hop. — 1985. - Vol. 61, N12. - P. 808-810.

26. Martina I. La tuberculosi del seno macsellare. Studio anatomopatologico e clinico // Ann. laryng. (Torino). - 1963. - Vol. 62, N2. - P. 113-132.

27. Mesolella C. Su un caso di tuberculoma nasali a forma poliposa // Arch. Ital. Laryng. — 1965. - Vol. 73, N1. - P. 45-52.

28. Messervy M. Primary tuberculoma of the nose with presenting symptoms and lesions resembling a malignant granuloma // Journ. Laryngol. — 1971. — Vol. 85, N2. — P. 177— 184.

29. Navratil G. Tuberculosis of the nasal bones and its treatment // Cesk. Otolaryngol. — 1960. — Vol. 9, N1. - P. 56-59.

30. Page J.R., Jash D.K. Tuberculosis of the nose and paranasal sinuses // Journ. Laryngol. — 1974. - Vol. 88, N6. - P. 579-583.

31. Parolari P., Cavalazzi G. La tuberculosi pseudoneoplastica extralaringea in compo otorinolaringologica; considerazioni di 21 casi // Arch. Ital. Otol. - 1966. - Vol. 77, N3. - P. 359-375.

32. Pellant A., Svoboda J. Tuberkuloza nosu a paranzalnich dutin // Cesk. Otolaryngol. — 1980. - Vol. 29, N1. - P. 36-39.

33. Radonic D., Mitrovic M. Tuberkulose der Stimhohle // Zbl. HNO-Heilk. - 1968. - Bd. 97, H. 3. - S. 290.

34. Reimann U. Isolierte einseitige Kiefirhohlen-Tuberkulose // HNO. - 1968. - Bd. 16, H. 10. - S. 311-312.

35. Rosemann G., Vosten K. H. Tuberkulose der Nasi und der Nasennebenhohlen // Berendes J., Link R., Zollner F. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik. - Stuttgart, 1977. - Bd. 1. - S. 15. 18- 15. 24.

36. ShukJa G.K., Dayal D., Chabra D. K. Tuberculosis of the maxillary sinus // Journ. Laryngol. — 1972. - Vol. 86, N7. - P. 747-754.

37. Sim D.W., Crowther J.A. Primary nasal tuberculosis masquerading as a malignant tumor // Journ. Laryngol. Rhinol. Otol. - 1988. - Vol. 102, N12. - P. 1150-1152.

38. Stefaniu A., Popescu N. Haufigkeit der HNO — Lokalisation der Tuberkulose in der Ara der Antibiotika- und Chemotherapie // Zbl. Hno-Heilk. - 1968. - Bd. 97, H. 2. - S. 126- 127.

39. Timm C., Homey G.L. Uber dir Tuberkulose der Nasenneben hohlen // Ibid. — 1964. — Bd. 83, H. 2. - S. 151.

40. Tomanek A., Hubacek Y., Roubkova H. Tuberkulom nosu // Csl. Otolaryng. , 1966. - Vol. 15, N3. - P. 135-140.

41. Varga E., Kotai Z. A maxilla primaer tuberculosisa // Full — orr—gegegyogy. — 1986. — Vol. 32, N4. - P. 224-228.

42. Vrat V., Saharia P.S., Nayer M. Co — existing tuberculosis and malignancy in the maxillary sinus // Journ. Laryngol. Otol. Rhinol. - 1985. - Vol. 99, N4. - P. 397-398.

43. Waldman S.R., Levine H.I., Sebek B. A. et al. Nasal tuberculosis: a forgotten entity // *Laryngoscope*. - 1981. - Vol. 91, N1. - P. 11-16.

Chumakov N.I., Deryugina O.V.
TUBERCULOSIS OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES
Review of literature

Publications on this subject of the last 45 years are summarised. Genuine nasal TBC and TBC lupus are two main clinical entities. The nose and paranasal sinuses may be infected at any stage of general tuberculosis (TBC): primary pulmonary TBC, general TBC, postprimary TBC, it also may occur as an isolated disease. In the latter case, examination of the patient reveals only signs of prior TBC infection, for example lung petrificates. The authors give a detailed description of peculiarities of clinical TBC manifestations in the nose and sinuses such as ulcerations, tumor—like infiltrations, tuberculomas and scars. Importance of cytologic examination for adequate diagnosis is emphasized and diseases to be differentiated from TBC are listed. There exist many methods of therapeutic and surgical treatment of TBC. Surgery, if done without administration of adequate antituberculous medicines, may give rise to dissemination of disease.

А. С. Киселев, В. В. Бондарук
НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ
ТРИГЕМИНАЛЬНЫМ ТРОФИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра оториноларингологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург

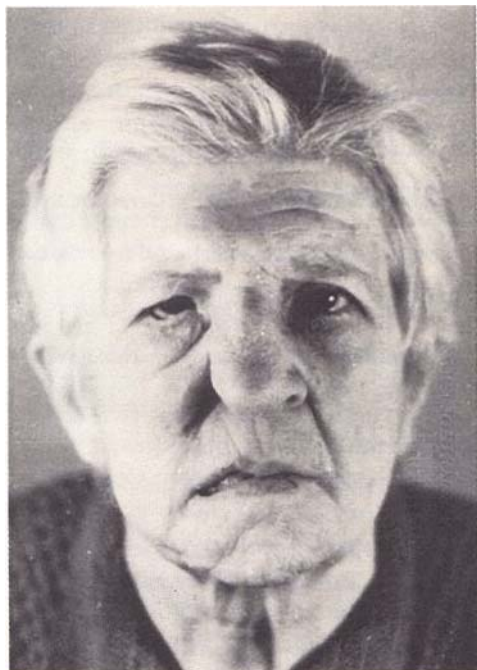
Среди различных трофических нарушений, вызываемых патологией тройничного нерва, выделяют своеобразное органическое язвенное поражение мягких тканей лица, локализующееся в области крыла носа — зоне преимущественной иннервации наружной ветви переднего решетчатого нерва. Нейротрофические нарушения в этой области в литературе известны как тригеминальный трофический синдром (ТТС) (E.Weintraub et al., 1982; W.A.Westerhof, J.D.Bos, 1983; R.Arasi, 1988).

Развитие трофического язвенного поражения кожи в области крыла носа было впервые описано и выделено в самостоятельную нозологическую форму в 30—е годы нашего века A.Loveman (1933) и K.G.McKenzie (1933) независимо друг от друга. К настоящему времени в литературе приводится свыше 60 наблюдений ТТС. E.Weintraub et al. (1982), анализируя 63 описанных в литературе наблюдения ТТС, нашли, что в 75% случаев этиологическим фактором ТТС является хирургическое повреждение тройничного нерва, в первую очередь Гассерова узла. В остальных случаях причиной могут быть сосудистые вертебро — базилярные нарушения, невринома слухового нерва, постэнцефалитический паркинсонизм, сириггобульбия. В ряде случаев причину синдрома установить не удалось.

Данный синдром следует дифференцировать с герпетическим изъязвлением и язвами, развивающимися при сифилисе, лейшманиозе, лепрозном тригеминальном неврите, бластомикозе, гангренозной пиодермии, гранулематозе Вегенера, базальноклеточной карциноме (R.Arasi, 1988).

Учитывая отсутствие описаний ТТС в отечественной литературе, мы решили представить собственное наблюдение больной, страдающей трофическими нарушениями в области лица и полости носа, которые развились после перенесенной нейрохирургической операции по поводу невриномы правого слухового нерва и которые с полным основанием могут рассматриваться как ТТС.

Больная Б. 81 года обратилась в клинику оториноларингологии ВМА с жалобами на наличие язвенного дефекта в области правого крыла носа, затруднение носового дыхания, отсутствие слуха на правое ухо, периодическое головокружение, сухость правого глаза. 30 лет тому назад в нейрохирургическом стационаре она была оперирована по поводу крупной невриномы правого слухового нерва. В послеоперационном периоде развился паралич лицевой мускулатуры и нарушение чувствительности кожи и правой половины лица,



нарушилось и слезоотделение из правого глаза. В первые месяцы после операции постепенно развился кератит, а затем появилось покраснение кожи снаружи от правого крыла носа, превратившееся в язву, которая постепенно увеличивалась в пределах носогубной складки и крыла носа и отличалась стойкостью к проводимому лечению.

Объективные данные: асимметрия лица за счет пареза лицевой мускулатуры справа. Язвенное поражение кожи в области правой носогубной складки и латерального края крыла носа неглубокое, имеет характерную серповидную форму. Дно язвы ровное, гиперемировано в центре.

Интенсивность цвета к периферии язвы тускнеет, имеется незначительное

Рис. 1. Вид больной с тригеминальным синдромом.

сукровичное отделяемое (Рис. 1). При передней риноскопии определяется дефект перегородки носа в хрящевом отделе размером 2 x 1,5 см. Атрофия слизистой оболочки носа больше выражена справа. Слизистая глотки и

гортани субатрофична. Подвижность голосовых складок сохранена. Отоскопия: справа световой конус отсутствует, остальные опознавательные пункты четкие; слева отоскопия в пределах нормы. Густометрия: отсутствие вкусовой чувствительности правой половины языка. Обоняние по В. И. Воячеку: справа III ст., слева II ст. Шепотная речь на левое ухо — 5 м, функция правого ушного лабиринта выключена. Клинические анализы в пределах возрастной нормы. Специфические реакции, в том числе на сифилис, СПИД и туберкулез отрицательные.

Больная была консультирована невропатологом и дерматологом. В лечении использовалась общеукрепляющая терапия, щелочно — маслянные ингаляции через нос. Местно применялась ируксоловая мазь, винилин (бальзам Шостаковского), глюкокортикоидные мази. Отмечалась незначительно выраженная положительная динамика, проявлявшаяся в уменьшении выраженности воспаления, а также в субъективном улучшении общего состояния. Интерес настоящего наблюдения заключается в демонстрации типичных трофических нарушений: язвы в области крыла носа и носогубной складки, а также в полости носа с перфорацией перегородки носа, развившихся после перенесенной операции по поводу невриномы слухового нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aiasi R., McKay M., Grist W.Y. Trigeminal trophic syndrome // Laryngoscope. — 1988. — Vol. 98. - N12. - P. 1330-1333.
2. Loveman A. An usial dermatosis following section of the fifth cranial nerve // Arch. Dermatol. Syph. - 1933. - Vol. 28. - P. 369-375.
3. McKenzie K.G. Observation on the results of the operative treatment of trigeminal neuralgia // Can. Med. Assos. Joum. - 1933. - Vol. 29. - P. 492-496.
4. Weintraub E., Soltani K., Hekmatpanah Y. et al. Trigeminal trophic syndrome // Joum. Am. Acad. Dermatol. - 1982. - N6. - P. 52-57.
5. Westerhof W., Bos J.D. Trigeminal trophic syndrome: A successful treatment with transcutaneous electrical stimulation // Br. Joum. Dermatol. - 1983. - Vol. 108. - P. 601-604.

Kiselov A.S., Bondaruk V.V.
TRIGEMINAL TROPHIC SYNDROME: A CASE REPORT

A rare case of trophic disturbances of facial skin appeared as a sickle — shaped ulceration in the area of alar facial groove as well as in the nasal cavity is presented. These clinical manifestations are suspected to result from trigeminal nerve damage during the surgery done for acoustic neuroma. More than 60 cases of the so — called «trophic trigeminal syndrome» have been presented before, this is the first report in Russian literature.

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ КОНФЕРЕНЦИИ РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ (18-19 октября, 1995, Москва)**

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

**В. Н. Красножен (Казань)
ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РИНОХИРУРГИИ В
УСЛОВИЯХ РИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

В основе деятельности риноцентра лежат принципы эндоскопической ринопластики, разработанные W.Messerklinger. Целью эндоскопической хирургии носа и околоносовых пазух является восстановление вентиляции и мукоцилиарного транспорта пазух через естественные пути.

Опыт лечения 240 пациентов с полипозными риносинуситами, гнойными и рецидивирующими синуситами, кистами и микозами верхнечелюстных пазух подтверждает преимущества эндоскопической функциональной хирургии перед традиционными методами. Важно осуществлять эндоскопический контроль за состоянием соустьев пазух и среднего носового хода после хирургического вмешательства с тем, чтобы предупредить их рубцовую облитерацию.

Операции проводились по методу W.Messerklinger, однако накопленный собственный опыт позволил внести некоторые изменения в этапы эндоскопических вмешательств:

1. Вновь сформированный верхний носовой ход должен быть более широким со стороны хоан, чем спереди. Это способствует повышению давления воздуха в пазухе (С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов, 1991). Для этого проводилось смещение средней раковины наружу, в особенности передней ее трети. По той же причине крючковидный отросток в большинстве случаев резецировали частично, но с достаточным доступом к воронке и соустью пазухи.

2. Для исключения возможной рубцовой облитерации фенестрированных соустьев устанавливали шаровидный дренаж во время операции и затем промывали пазухи в послеоперационном периоде в течение нескольких дней.

3. Показана резекция переднего конца средней носовой раковины, если он выступает на 0,5 — 2 см кпереди от места прикрепления и расширен ампулярно. По данным С.Б.Бесшапочного (1994) именно такой тип строения средней носовой раковины несет топографоанатомические предпосылки для возникновения синуситов. В нашем опыте это нашло клиническое подтверждение применительно к рецидивирующим гайморитам.

4. Смещение средней носовой раковины наружу после этмоидэктомии и особенно после латеральной буллотомии осуществляли не ранее, чем через пять недель, т.е. к периоду полной эпителизации раневой поверхности. Манипуляции выполнялись амбулаторно.

А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов, Т.В.Зацеда (Москва)
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО
СИНУСИТА ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И
НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ АСПИРИНА

Лечение полипозного синусита в тех случаях, когда он сочетается с бронхиальной астмой и непереносимостью аспирина является сложной задачей. Перед хирургом встают две основные проблемы. Во — первых, любая операция у больного с бронхиальной астмой и аспириновой триадой является мощным провоцирующим фактором и может вызвать обострение бронхиальной астмы вплоть до бронхиального статуса. Во - вторых, хирургическое лечение полипоза носа у таких больных, как правило, малоэффективно, удаление полипов в случаях, когда болезнь протекает на фоне выраженной сенсibilизации и нарушений в иммунной системе приводит лишь к кратковременному улучшению носового дыхания. В условиях неконтролируемого реактивного послеоперационного отека образование новых полипов в первые же месяцы или даже недели после вмешательства вновь приводит к рецидиву. В результате многие пульмонологи и даже оториноларингологи придерживаются того мнения, что при сочетании с бронхиальной астмой полипозный синусит не подлежит хирургическому лечению.

Наш клинический опыт убеждает в целесообразности оперативного вмешательства, так как восстановление носового дыхания и санация околоносовых пазух приводят к достижению ремиссии в течении бронхиальной астмы. Новые возможности, которые открывает применение эндоскопов, позволяют выполнить ревизию всех околоносовых пазух под контролем зрения, тщательно удалить полипы и избежать осложнений, связанных с близостью глазниц и основания черепа. Однако, при бронхиальной астме и аспириновой триаде операция должна являться только частью комплексного лечения. Она должна выполняться на фоне короткого курса пероральной стероидной терапии (например, преднизолон по 5 мг 4 раза в сутки в течение 5 — 6 дней). В послеоперационном периоде к лечению необходимо добавить местное лечение стероидными препаратами (беконаз по одной дозе в каждую половину носа 3 раза в день в течение как минимум 6 месяцев после операции).

В лечебном процессе помимо ЛОР врача должны участвовать пульмонолог и аллерголог. Комплекс обследования перед операцией включает компьютерную томографию околоносовых пазух, рентгенографию органов грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания, иммунного статуса, титра антител к пневмококковым возбудителям и микоплазме, общий анализ мокроты на ее бактериологическое исследование, а при необходимости — кожные аллергологические пробы. Если обследование выявляет обострение обструктивного бронхита, больному показан курс антибиотико— и бронхолитической терапии, который лучше провести в условиях пульмонологического отделения.

В докладе будут проанализированы результаты эндоскопических полисинусотомий, выполненных у 27 больных бронхиальной астмой и аспириновой триадой за последние два года. Никакая операция не решает проблемы полипоза носа и устраняет только последствия болезни, но не ее причины. Наш клинический опыт показывает, что функциональная хирургия на фоне курса стероидной терапии является одним из наиболее эффективных методов лечения полипозного синусита при бронхиальной астме и аспириновой триаде.

**Г.З.Пискунов, Т.В.Коженкова, А.С.Лопатин (Москва)
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ГРИБКОВЫХ СИНУСИТОВ**

Методы лечения грибковых синуситов обсуждаются не одно десятилетие. На настоящий момент общепринятой тактикой в хирургическом лечении грибковых синуситов является радикальное хирургическое вмешательство, направленное на полное удаление слизистой оболочки пораженных пазух. Однако известно, что радикализм вмешательства далеко не всегда приводит к успеху, даже несмотря на последующую местную и общую противогрибковую терапию. Хирургическое вмешательство не может обеспечить стерильность тканей не только на длительный срок, но даже и на момент вмешательства, а регенерирующая слизистая оболочка околоносовых пазух, безусловно, не обладает всей системой защиты, способной противостоять повторному грибковому поражению. В связи с этим можно полагать, что функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух, как метод в наибольшей степени сохраняющий целостность естественных покровов околоносовых пазух, может создать условия для восстановления защитных свойств слизистой оболочки и санации пазух.

Известна позиция Н.Stammberger в отношении эндоскопической хирургии грибковых синуситов. Эндоскопическим подходом через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с дополнительным подходом через средний носовой ход, производя инфундибулотомию или вскрытие пазух решетчатой кости, он удаляет грибковое тело из верхнечелюстной пазухи. Последующего медикаментозного лечения не проводится. Автор получает достаточно хороший результат.

Наш опыт лечения грибковых синуситов с использованием методов эндоскопической функциональной ринохирургии говорит о том, что только удаление грибковых масс из полости пазухи оказывается недостаточным. Как правило, в этих случаях мы имеем дело с грибково — бактериальной инфекцией, и лечение необходимо продолжать местными противогрибковыми и антисептическими средствами. Ежедневное промывание пазух индивидуально подобранными лекарственными средствами в течение двух недель дает положительный результат у половины оперированных больных. При безуспешности послеоперационной консервативной терапии приходится использовать более радикальное хирургическое вмешательство типа операции Калдвелла —Люка. Считаем, что функциональная эндоскопическая хирургия грибковых синуситов — перспективный метод, но его необходимо дополнять местным противогрибковым лечением. Повышение результативности видим в использовании более эффективных местных противогрибковых и антисептических средств, а также в укреплении местных защитных барьеров.

**В.С.Козлов, А.А.Шиленков, С.К.Жуков (Ярославль)
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ
СИНУСИТАХ**

Современные методы диагностики, такие как компьютерная и магнитно — резонансная томография, эндоскопия, акустическая ринометрия позволяют получить представление о реальных изменениях внутриносовых структур (ВНС), как врожденных, так и приобретенных в результате заболеваний или предшествующих операций. Все это дает возможность по —новому планировать хирургическое вмешательство на ВНС. Другим моментом является использование современных инструментов, оптики,

высокоскоростных бор — машин, а также анестезиологического пособия, позволяющего выполнить за один прием весь объем реконструкции ВНС при соблюдении принципов минимально инвазивной хирургии.

В рутинной практике работы ринологического центра мы постоянно сталкиваемся с больными, оперированными ранее от 2 до 10 раз в других лечебных учреждениях. Анализируя результаты комплексного обследования этой категории пациентов, мы отметили практически у всех из них одновременное поражение нескольких внутриносовых образований. Типичный пример: двусторонний полипозный гайморит + деформация перегородки носа + гипертрофия средних и нижних носовых раковин. Наш опыт показывает, что вмешательство по поводу только одного из перечисленных патологических состояний не приводит к стойкому результату. Проведение одномоментной реконструкции ВНС, как это рекомендует Ю.А. Устьянов (1993), по нашему мнению, чрезмерно травматично и ведет к так называемым «болезням оперированных пазух». В принципе, септопластика, внутриносовое вскрытие околоносовых пазух, различные типы резекции носовых раковин давно известны. Вместе с тем КТ и МРТ, эндоскопия, акустическая ринометрия дают возможность получить точную информацию о локализации патологических очагов, мешающих носовому дыханию и транспорту секрета и точно спланировать объем предполагаемого хирургического вмешательства.

Вместо подслизистой резекции по Киллиану мы выполняем септопластику. При вскрытии решетчатого лабиринта удаляем только те клетки, которые вовлечены в воспалительный процесс или гиперпневматизированы. Для элиминации патологического процесса в верхнечелюстной пазухе мы разработали технику микрогайморотомии. При гипертрофии или булле средней носовой раковины производим резекцию ее латеральной порции с сохранением вертикальной пластинки. При парадоксально искривленной средней раковине выполняем экономную резекцию латеральной ее порции с последующим выпрямлением вертикальной пластинки. Пластику средней носовой раковины различными лоскутами мы считаем нецелесообразной, так как это не влияет на время эпителизации. В случае, если при увеличении нижних носовых раковин данные акустической ринометрии свидетельствуют о так называемой ложной гипертрофии, мы выполняем латероконхопексию и только при выраженной гипертрофии задних концов осуществляем их резекцию. Мы считаем, что при этих операциях здоровью пациента наносится минимальный ущерб, что позволяет выполнить все вмешательства одномоментно и в различных комбинациях.

Преимущества данного подхода заключаются в следующем:

1. Восстанавливается архитектура внутриносовых структур, максимально приближенная к нормальной;
2. Нормализуется носовое дыхание;
3. Ликвидируются препятствия транспорту секрета;
4. Удаляются патологически измененные ткани;
5. Уменьшается число рецидивов.

Данная концепция хирургических вмешательств применена нами в лечении 298 больных. Хирургическая техника и отдаленные результаты будут представлены в докладе.

Д.Ю.Зотов, Г.З.Пискунов (Москва)
**МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ**

В нашей клинике в течение нескольких лет применяется метод операции на верхнечелюстной пазухе через средний носовой ход. Разрабатывая данный метод операции, мы основывались на современных взглядах на воздухообмен и эвакуацию слизи из околоносовых пазух. Показаниями к операции мы считаем пристеночно — гиперпластическую, полипозную и гнойную формы гайморита.

Оперативное вмешательство можно разделить на следующие этапы:

- 1) удаление полипов из носовых ходов;
- 2) хирургическая коррекция средних носовых раковин, заканчивающаяся их временным смещением медиально;
- 3) вскрытие через средний носовой ход пораженной верхнечелюстной пазухи;
- 4) ревизия и удаление ее патологического содержимого;
- 5) приведение средних носовых раковин в функциональное положение и окончательная хирургическая коррекция средних и нижних носовых раковин;
- 6) передняя тампонада носа эластичными тампонами.

Основные этапы операции аналогичны этапам функциональной эндоскопической инфундибулотомии. Новизна предлагаемого нами метода заключается не только в том, что верхнечелюстная пазуха вскрывается через средний носовой ход. Прежде всего, она выполняется без использования эндоскопов, а для резекции крючковидного отростка используется специальный штыкообразный скальпель с режущими краями с двух сторон. Таким скальпелем достаточно легко перфорируется латеральная стенка перед крючковидным отростком, движениями вверх и вниз рассекается слизистая оболочка и кость. В разрез вводятся щипцы и удаляется крючковидный отросток с прилегающими тканями. Таким образом создается широкое соустье с верхнечелюстной пазухой. Техника данного хирургического подхода разработана для практического использования в ЛОР отделениях, где отсутствуют эндоскопы.

Необходимо отметить то, что вмешательство на верхнечелюстной пазухе мы комбинируем с одномоментной коррекцией внутриносовых структур, что обеспечивает скорейшую нормализацию функций пазухи в послеоперационном периоде. С 1990 по 1994 год в клинике прооперировано 80 пациентов, при этом удовлетворительные и хорошие отдаленные результаты получены в 95% случаев. Все больные наблюдались в сроки от 1 до 4 лет. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать данную методику операции к широкому применению при воспалительных заболеваниях верхнечелюстных пазух.

РИНОЛОГИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

А.Г.Шантуров (Иркутск)

О РОЛИ ОБЪЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ В РАСПОЗНАВАНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСА

Занимаясь в течение длительного времени научными практическими вопросами ЛОР—онкологии, мы с полной уверенностью считаем, что современные достижения хирургии, лучевой и химиотерапии позволяют уже сегодня значительно повысить эффективность лечения больных раком верхних дыхательных путей без каких —либо новых крупных научных достижений и экономических затрат. Главным, основным резервом реального прогресса в этом направлении является ранняя диагностика опухолевых заболеваний. Многочисленные наблюдения различных клиник страны и наши данные свидетельствуют о том, что раннее распознавание рака ВДП, в том числе и носа, — явление редкое. Чаще эти опухоли диагностируются в поздних стадиях.

Анализ трудностей и ошибок в распознавании опухолевых заболеваний ВДП показывает, что в их основе лежат объективные и субъективные причины. Разделение причин ошибок на объективные и субъективные является условным, ибо провести между ними четкую грань не всегда возможно. Более того, в полном смысле объективных, независимых от врача причин поздней диагностики рака, по нашему мнению, ничтожно мало. Многолетняя врачебная практика убедительно свидетельствует о том, что объективные трудности создают лишь условия для диагностических ошибок, а превращение их в действительность в каждом конкретном случае в значительной степени зависит от субъективных причин. Многие врачи весьма примитивно понимают, а значит и недостаточно реализуют в своей повседневной работе идею и принцип онкологической осторожности. Эффективность его, направленная на раннюю диагностику опухолевых заболеваний, находится в прямой зависимости, в первую очередь от субъекта, т. е. врача, его знаний, умения, ответственности. Возможности в этом отношении у врача практически безграничны.

При наличии существующих и разработке новых способов выявления малигнизации тканей главным фактором, определяющим уровень диагностики в онкологии, был, является и будет в обозримом будущем врач. Только врач (субъект), непрестанно совершенствующийся в методике и методологии обследования больного, систематически повышающий свой теоретический уровень и практическую квалификацию, вооруженный соответствующей техникой, может успешно сочетать в диагностическом процессе собственные наблюдения за течением болезни, результаты клинического обследования больного, свои размышления и обобщения сданными лабораторных и инструментальных методов. Научный и технический прогресс сам по себе не способен оздоровить больного человека, это под силу лишь врачу, овладевшему соответствующими достижениями науки и техники и разумно применившему их по назначению. Судьба онкологических больных определяется не только и не столько оснащенностью лечебных учреждений современной диагностической и лечебной аппаратурой, сколько уровнем диагностики заболевания в амбулаторно — поликлинических условиях. От того, насколько врач поликлиники внимателен к каждому больному, глубоко и всесторонне эрудирован в многочисленных аспектах своей специальности, в частности в вопросах онкологии, в значительной степени зависит, как скоро будет диагностирована опухоль, а следовательно эффективным или неэффективным будет лечение. Повышению качества работы врача

в онкологии призваны способствовать новым достижениям науки, соответствующие организационно — методические мероприятия, дальнейшее улучшение условий труда в учреждениях здравоохранения, диспансеризация населения и повышение его санитарной грамотности.

А.А.Штиль, В.А.Королев (Оренбург)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭСТЕЗИОНЕЙРОБЛАСТОМЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА НОВООБРАЗОВАНИЯ

Эстеziонейробластома — своеобразная злокачественная опухоль с исходным ростом из обонятельной зоны полости носа. Первичная локализация новообразования предопределяет основные направления ее роста в полость носа и околоносовые пазухи или в переднюю черепную ямку. Поэтому в клиническом отношении целесообразно выделять «ринологический» и «нейрохирургический» варианты эстеziонейробластомы. Наиболее информативным методом определения локализации и преимущественной распространенности новообразования является компьютерная томография костей черепа.

Под наблюдением находились 58 больных эстеziонейробластомой. Компьютерная томография костей черепа выполнена 21 пациенту. «Ринологический» вариант течения опухолевого процесса установлен у 15 больных, «нейрохирургический» — у 6. Всем этим больным в плане комбинированной и комплексной терапии проведено хирургическое лечение. Методика оперативного вмешательства зависела от преимущественного направления роста новообразования.

«Ринологический» вариант эстеziонейробластомы предполагает системное вскрытие полости носа и околоносовых пазух с «подслизистым» удалением опухоли (А.А.Штиль, 1980). Наиболее часто используемый доступ — разрез по Муру. При «нейрохирургическом» варианте эстеziонейробластомы методика оперативного вмешательства изменится.

Рекомендуемый доступ — разрез по Прейзингу, позволяет обнаружить твердую мозговую оболочку лобной доли мозга. Это осуществляется путем полного удаления передней стенки обеих лобных пазух, трепанации лобной кости, удаления носовой кости, носового отростка лобной кости, вскрытия решетчатого лабиринта, удаления ситовидной пластинки решетчатой кости и *crista galli*. Возникшую ликворею останавливают введением тампона с 10% синтомициновой эмульсией. Вопрос об ушивании раны решается индивидуально. Удаление тампона осуществляем через 10 — 12 дней.

В анализируемых наблюдениях «нейрохирургического» варианта эстеziонейробластомы компактные, значительных размеров опухоли, вызывали разрушение костной ткани в области основания черепа, отдавливая твердую мозговую оболочку. Разрушения последней и вовлечения в процесс головного мозга не наблюдалось. Послеоперационный период не отличался особой тяжестью, летальных исходов не было.

Факт проникновения эстеziонейробластомы в переднюю черепную ямку не должен свидетельствовать о неоперабельности опухоли. Опыт показывает, что оперативное вмешательство оправдано при «нейрохирургическом» варианте эстеziонейробластомы.

А.М.Талышинский (Рязань)
**ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ
РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА**

Рак решетчатого лабиринта почти никогда не диагностируется в начальной стадии. Чаще больные обращаются к врачу при появлении признаков прорастания опухоли в полость носа, в орбиту или в основание черепа. В связи с этим в большинстве случаев традиционные подходы к околоносовым пазухам не обеспечивают адекватности операции.

На 10 трупах взрослых людей нами изучены возможности черепно—лицевого доступа к основанию передней черепной ямки. Исследования показали, что независимо от вариантов строения лобных пазух, наилучшей зоной для доступа к основанию передней черепной ямки является область гласселлы. Костно — пластическую трепанацию в этой области мы сочетали с ринотомией. Разработанный доступ использовали у больного К., 56 лет при операции по поводу рака решетчатого лабиринта с прорастанием в полость носа и верхнечелюстную пазуху. Последовательно произвели перевязку наружной сонной артерии, шейную лимфодульэктомию, резекцию решетчатого лабиринта и верхней челюсти слева.

Разрез кожи и надкостницы произвели слева как при радикальной операции на лобной пазухе слева. У медиального конца надбровной дуги сделали дополнительный разрез кожи подковообразной формы выпуклостью кверху на 25 мм выше гласселлы и продолжили его до основания лобного отростка верхней челюсти справа. Кожу и подкожную клетчатку отсепаровывали кверху и книзу от подковообразного разреза. Надкостничный лоскут размерами 40х20 мм выкраивали в области передней стенки лобной пазухи и гласселлы, сохраняя ножку справа, у надбровной дуги. Круглой фрезой бормашины рассекли оба лобных отростка верхней челюсти, кость в стороны от гласселлы и переднюю стенку лобной пазухи. Резекция кости производилась в границах подковообразного кожного разреза. Затем ножницами рассекали перегородку носа несколько ниже его спинки. Образованный кожно — костный лоскут вместе с носовыми костями единым блоком переворачивали вниз и вправо. Это обеспечивало хорошую обзорность задне — верхнего отдела полости носа, решетчатого лабиринта и лобных пазух, поэтому удаляли кость по задней поверхности гласселлы и прилегающие отделы стенок лобной пазухи, обнажая твердую мозговую оболочку. У основания передней черепной ямки находили и полностью освобождали от твердой мозговой оболочки петушинный гребень и ситовидную пластинку, последнюю отделяли от окружающей кости. В дальнейшем хирургической ложкой смещали в полость носа и удаляли единым блоком петушинный гребень, ситовидную пластинку и решетчатый лабиринт слева вместе с опухолью. Резекцию верхней челюсти слева выполняли по общепринятой методике.

На твердую мозговую оболочку в области удаленной ситовидной пластинки укладывали заготовленный надкостничный лоскут на ножке и фиксировали его тампоном. Кожно — костный лоскут укладывали на свое место, на коже накладывали швы. В течение 10 месяцев после операции состояние больного удовлетворительное. Признаков рецидива опухоли нет.

И.И.Абабий, А.М.Гагауз (Кишинев)
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КВАРЦ-ПОЛИМЕРНОГО МОНОВОЛОКНА
ДИАМЕТРОМ 1 ММ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ НОСА И
ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Появившиеся во второй половине 80 — х годов нашего столетия новые возможности использования излучения YAG —Nd лазера в контактном режиме для рассечения, препаровки и деструкции ткани стали знаменательным событием для хирургии. Сейчас используются специальные наконечники типа сапфира, а также кончик волокна кварц — полимерного световода. Хирургическое воздействие значительно облегчается благодаря гибкости волокна, возможности обходить препятствия и изменять угол падения луча на ткань. Такая возможность отсутствует в дистанционной лазерной хирургии. При контактном воздействии лазерного луча глубина повреждающего воздействия на ткань ограничивается диаметром торца моноволокна и включает зону карбонизации, окруженную тонким слоем коагуляции.

Недостатком использования кварц — полимерного моноволокна является быстрое прогорание его рабочего конца при более чем пятиминутной работе. В связи с этим желательно варьировать диаметр моноволоконного наконечника от 0,2 мм до 0,1 мм, или же при длительных воздействиях постоянно подчищать и обновлять рабочий торец.

Использование кварц — полимерного моноволокна диаметром 1мм значительно расширило диапазон микрохирургических операций в оториноларингологии. Вместо нескольких контактных воздействий при работе с волокном диаметром 0,2 — 0,6 мм, проводится одна хирургическая аппликация, сокращается продолжительность оперативного вмешательства, увеличивается ресурс работы с моноволокном. Через волокно диаметром 1 мм при необходимости можно подать большую интенсивность излучения, которую не выдерживают волокна меньшего диаметра.

Применение кварц — полимерного световода диаметром 1 мм открывает новые возможности для лазерной хирургии, позволяет ускорить обработку техники операций и будет способствовать широкому применению высокоэнергетического лазерного луча в оториноларингологии. В настоящее время нами выполнено свыше 80 операций с использованием микроволокна диаметром 1 мм. Ближайшие и отдаленные результаты будут представлены в докладе.

И. С. Пискунов (Курск)
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ ОСТЕОМЫ ЛОБНЫХ ПАЗУХ С
ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Остеома — доброкачественное костное новообразование, локализующееся чаще всего в лобных пазухах. Выявление места прикрепления остеомы к одной из стенок пазухи в значительной степени определяет объем хирургического вмешательства.

Нами при компьютерной томографии остеом лобных пазух была отмечена неравномерная плотность костной ткани. При гистологическом исследовании кусочков остеомы, взятых из места начала ее роста и на периферии отмечена разная степень ее зрелости. В зоне начала роста остеома представлена костной

тканью рыхлого строения с большим количеством зрелых остеоцитов, что определяет ее высокую плотность в рентгенологическом изображении.

Тщательный анализ компьютерных томограмм, выполненных в коронарной и аксиальной проекциях, позволяет определить место начала роста остеомы, что дает возможность хирургу точнее планировать объем хирургического вмешательства.

РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ И ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

**С.З.Пискунов, И.В.Тарасов, И.Г.Медведкова, Н.В.Должикова,
В.И.Бартенева (Курск)**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

В структуре причин, вызывающих орбитальные осложнения, ведущая роль принадлежит воспалительным процессам в околоносовых пазухах. По данным клиники оториноларингологии Курского медуниверситета значительное увеличение числа различных орбитальных осложнений было отмечено в середине 70 — х годов (З. А.Зевелева, И.Г.Медведкова, 1977), и в последующие годы их количество не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в клиническом отделении находится на лечении 10—12 больных.

С 1980 года в клинике находилось на лечении 145 больных с орбитальными осложнениями различной степени тяжести (периостит глазницы, субпериостальный абсцесс, абсцесс век, флегмона орбиты, ретробульбарный абсцесс, неврит зрительного нерва, тромбоз вен орбиты). Возраст больных колебался от 8 месяцев до 55 лет. Большую часть больных составляли дети в возрасте до 14 лет (97 пациентов), что составило 67% от общего числа больных.

Для определения распространенности поражения околоносовых пазух, характера воспалительного процесса использовалась обзорная рентгенография в двух проекциях, контрастирование пазух водорастворимыми контрастными препаратами на полимерной основе, КТ в аксиальной и коронарной проекциях, эндоскопическое исследование полости носа.

С середины 80—х годов чрезмерный радикализм при лечении больных с орбитальными осложнениями уступил место рациональной, щадящей терапии, направленной на сохранение структур полости носа и околоносовых пазух. В тех случаях, когда у больных не выявлялось необратимых продуктивных изменений их костных стенок, хирургического лечения не проводилось. Этим больным в зависимости от распространенности патологического процесса проводились пункция и постоянное дренирование пораженных пазух, введение в их просвет антибактериальных и фитопрепаратов, антибиотиков с учетом чувствительности выявленной микрофлоры в виде депо — препаратов, длительная ирригация пазух смесями лекарственных веществ различной патогенетической направленности. Местная активная терапия сочеталась с общим назначением антибиотиков, дезинтоксикационной и дегидратационной терапией. В случаях патологических изменений в области остия — меатального комплекса производилась соответствующая эндоназальная коррекция с использованием эндоскопов: удаление полипов, передняя и задняя этмоидотомия, фенестрация верхнечелюстной

пазухи, вскрытие клеток лобного кармана, сфеноидотомия. Одновременно выполнялись необходимые орбитальные хирургические вмешательства.

У всех пролеченных больных наступило выздоровление за исключением 2 детей, поздно направленных на лечение в клинику с риногенным невритом зрительного нерва, у которых развилась односторонняя слепота.

И.А.Шульга, А-М.Долгов, Э.А.Сальников, В.Н.Селин
(Оренбург, Москва)

**К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КИСЛОТНО-
ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЗОМ
КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА**

С целью изучения кислотно — основного состояния крови (КОС) у больных с тромбозом кавернозного синуса (ТКС), развившегося в результате осложненного течения фурункула носа и верхней губы, проанализированы 17 историй болезни пациентов, находившихся на излечении в МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского с 1977 по 1990 гг. Из их числа у 12 умерших от данного заболевания на протяжении последних 4 — 6 суток жизни были отмечены разной степени выраженности артериальная гипоксемия (напряжение кислорода колебалось от 51 до 70 мм рт.ст.) и артериальная гипокапния (напряжение углекислого газа от 18 до 28 мм рт.ст.). В этой группе у 72,7% больных отмечалось отклонение кислотно — основного состояния в сторону респираторного алкалоза в компенсированной (9,1%) либо декомпенсированной (18,1%) формах. Исходя из этого, 4 больным производилась объемная искусственная вентиляция легких воздушно — кислородной смесью в соотношении 1:1, но только у одного больного с помощью ИВЛ удавалось повысить напряжение кислорода в крови до нормальных значений.

Метаболический ацидоз в компенсированной форме наблюдался у 9,1%, а в декомпенсированной — у 18,2% больных. У всех больных отмечено постепенно нараставшее 1,5 — 2 — кратное снижение уровня гемоглобина, причем при респираторном алкалозе в среднем до 82,2 г/л, а при метаболическом ацидозе — до 86,5 г/л. Сатурация гемоглобина кислородом у больных с респираторным алкалозом была в среднем — 86,15%, а с метаболическим ацидозом — 73,37%. Прогностическое значение в плане ухудшения состояния, помимо сдвигов в кислотно — основном состоянии, имела концентрация гемоглобина артериальной крови и его насыщение кислородом на фоне разной степени гипоксемии. Потеря сознания и гибель больных наступали при наличии значительного снижения этих показателей крови. Алкалоз, смещая константу диссоциации оксигемоглобина влево, увеличивает сродство гемоглобина к кислороду и тем самым способствует гипоксии различных органов. Таким образом, при менингоэнцефалите, алкалоз ограничивает способность сосудов изменять региональный мозговой кровоток. Снижение напряжения кислорода в головном мозге создает локальный лактатацидоз, обусловленный развивающимся ТКС (Г.А.Рябов, 1988), что вызывает увеличение проницаемости сосудистой стенки и отек ткани, который проявляется клинически общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой. В свою очередь, искусственная или естественная гипервентиляция (респираторный алкалоз) сопровождается возникновением резких рефлекторных влияний на сердце, создавая артериальную

гипотонию (В.А.Буков, 1957) и усугубляя гипоксию нервной ткани при воспалении мозговых оболочек и самого мозга. В результате тяжелой формы воспаления глубокие изменения могут возникать и в функциональном состоянии клеточных мембран, вызывая нарушения натрий — калиевого равновесия. Тем не менее, у обследованных больных содержание калия в плазме составили 3,73 ммоль/л, а натрия — 139,36 ммоль/л, что соответствует нормальному уровню.

У всех пациентов были выявлены нарушения углеводного обмена, выразившиеся в высоком уровне сахара крови, достигавшем в среднем 10,2 ммоль/л при нормальном показателе у 86% лиц в начале заболевания.

Таким образом, ТКС как осложнение фурункула носогубного треугольника — это сложный комплекс биологических реакций в ответ на повреждение органов, изменяющих физико — химические свойства крови.

А.М.Долгов, И.А.Шульга, О.В.Дерюгина (Оренбург, Москва) НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ НОСА ОСЛОЖНЕННЫМ ТРОМБОЗОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА

Тромбоз кавернозного синуса (ТКС), как осложнение в течении фурункула носа, вызывает значительные нарушения в системе гемостаза. Изучение их и являлось целью данной работы. У 25 больных с ТКС в динамике исследовано функциональное состояние системы гемостаза тромбозластографии (ТЭГ) — у 8 и коагулографии (КГ) — у 17 больных.

По данным ТЭГ показатель R, характеризующий время ретракции сгустка и свидетельствующий об избытке или увеличении активности прокоагулянтов, в частности тромбопластина, был резко снижен до 3 — 5 минут. Начало образования сгустка сокращалось до 3 — 5 минут. Было отмечено укорочение до 7 — 9 (при норме $15,4 \pm 0,51$) специфической константы коагуляции t , свидетельствующее о повышенной активности факторов, участвующих в образовании фибринового сгустка. При ТЭГ отмечалось увеличение максимальной амплитуды, свидетельствующее о наклонности к тромбообразованию и обусловленное повышенным содержанием фибриногена и фибрина. Угол альфа, зависящий от времени реакции, активности тромбина и функциональной полноценности тромбоцитов, составлял 55° — 62° при норме 18° , причем максимальная эластичность сгустка была в пределах нормы. Анализ КГ показал, что у всех больных были статически достоверные гиперфибриногенемия, ниперпротромбинемия, снижение протромбинового индекса фибринолитической активности крови, т. е. имели место одновременно активация свертывающей и противосвертывающей систем крови.

Прогрессирование тяжести состояния больных сопровождалось достоверным нарастанием содержания фибриногена и протромбина, а также снижением уровня гемоглобина, количества эритроцитов до $3,65 \times 10^{12}/л$ и тромбоцитов до $149,3 \times 10^9/л$. Изменения фибринолитической активности плазмы крови и протромбинового индекса отражали ту же закономерность. У трех больных непосредственно перед гибелью констатированы положительные этанол — желатиновый и протаминсульфатный тесты, а также появление продуктов деградации фибриногена и фибрина. Важное значение имеют изменения системы гемокоагуляции при сопутствующем сепсисе, который диагностирован у 6 больных. У этих больных наблюдались гиповолемия, повышение

вязкости крови, стаз в капиллярах, усиление агрегационной способности форменных элементов, а также активация прокоагулянтного звена гемостаза в начальной стадии сепсиса, ускоряющая развитие ДВС и ведущая, в свою очередь, к симуляции реакций вторичного фибринолиза на фоне дефицита тромбопластических факторов свертывания. Таким образом, у больных с ТКС происходят выраженные изменения в системе гемокоагуляции, которые касаются всех исследованных параметров и могут быть интерпретированы как ДВС синдром (тромбогеморрагический синдром) первой или второй стадии. Изменения, выявленные в системе гемокоагуляции в различных стадиях клинического течения ТКС, диктуют необходимость разработки показаний к применению ингибиторов протеиназ и антикоагулянтов при данном заболевании.

**В.Ф.Филатов, А.С.Журавлев, М.И.Калашник, В.И.Сипитый
(Харьков)**

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Под нашим наблюдением с 1989 по 1994 годы находился 41 пациент с орбитальными осложнениями риносинуситов (24 — с реактивным отеком век, 4 — с ретробульбарным абсцессом, 4 — с флегмоной орбиты, 9 - с периоститом стенок глазницы) и 11 больных с внутричерепными заболеваниями риногенного происхождения (5 — с тромбозом кавернозного синуса, 3 - е абсцессом мозга, 3 — с воспалением мозговых оболочек). Кроме того, у 10 больных выявлен продуктивный процесс в клиновидной пазухе и еще у 4 пациентов — эозинофильная аденома передней доли гипофиза с истончением или деструкцией верхней стенки пазухи.

В диагностике орбитальных и внутричерепных осложнений учитывались клиническая картина заболевания, наличие неврологической симптоматики, изменения в орбите и на глазном дне. Для облегчения топического диагноза и уточнения распространенности патологического процесса лучше использовать компьютерную (КТ) и магнитно — резонансную томографию (МРТ). С их помощью можно четко определить состояние стенок околоносовых пазух, воспаление и отек слизистой оболочки. МРТ обладает большой разрешающей способностью при исследовании задних отделов решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи, что проявляется ярким сигналом на снимках. В 4 случаях МРТ помогла установить диагноз опухоли гипофиза с распространением в клиновидную пазуху.

Лечение этих заболеваний представляет трудную задачу, которая решается оториноларингологами и нейрохирургами совместно. При наличии риногенных орбитальных или внутричерепных осложнений принцип лечения остается неизменным: своевременное и широкое вскрытие пораженных пазух и ревизия патологического процесса в полости черепа или орбиты. Эти очаги должны вскрываться одновременно и широко дренироваться. Своевременность хирургического вмешательства в сочетании с массивной лекарственной и физиотерапией (ультрафиолетовое и внутривенное лазерное облучение крови) приносит успех в большинстве случаев.

При лечении продуктивных процессов в клиновидной пазухе и опухолей гипофиза нами с успехом применен трансназальный подход к синусу, куда вводится кризонд, позволяющий осуществить криодеструкцию новообразования. При опухолях гипофиза это позволяет избежать обширного хирургического вмешательства в полости черепа.

Для этого предварительно производилась подслизистая резекция носовой перегородки и через образовавшийся тоннель в полость клиновидной пазухи продвигался криозонд диаметром 4 мм. Его проведение к опухоли контролировалось электронно — оптическим преобразователем и серией рентгеновских снимков, сделанных в динамике. Локальное криовоздействие проводилось с экспозицией 3 — 4 минуты дважды до достижения температурного фронта — 20° С здоровых тканей, чем достигалось полное разрушение опухоли. У всех больных с опухолью гипофиза нами получены хорошие результаты при сроке наблюдения 1 год, что позволяет рекомендовать широкое внедрение этого метода в практику.

**В. И. Морохоев, В. ф. Антонив, (Братск, Москва) РИНОГЕННЫЕ
ОРБИТАЛЬНЫЕ И ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСА: АНАЛИЗ
РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗА 15 ЛЕТ**

Исследовали группу больных с риногенными орбитальными и внутричерепными осложнениями за период 1979 — 1994 гг, среди них: орбитальных — 94, внутричерепных — 14. Среди больных с орбитальными осложнениями детей — 71, взрослых — 23. Распределение по локализации процесса: реактивный отек век — 34; абсцесс века — 21; отек ретробульбарной клетчатки и хемоз — 12. По локализации источником инфекции у детей, как правило, было острое воспаление в решетчатом лабиринте — 62 (87%), а у взрослых — острое воспаление лобной пазухи — 23 (100%). У взрослых метод трепанопункции оказался эффективным у 16 больных. У 7 произведена фронтотомия (2 операции по классической методике и 5 — шадящим эндоскопическим доступом). У детей к оперативному лечению мы не прибегали, выздоровление достигнуто консервативными методами. Смертельных исходов при орбитальных осложнениях не было.

Среди больных с внутричерепными осложнениями было 3 с менингитом и 11 с абсцессом лобной доли. Во всех случаях причиной осложнения явилось воспаление лобной пазухи. Умер один больной с абсцессом лобной доли мозга. При диагностике абсцесса лобной доли у всех больных не удалось выявить полного неврологического комплекса очаговой симптоматики. Единственным критерием явилась динамика двигательной активности конечностей больного. Абсцесс лобной доли (в т. ч. и у умершего больного) локализовался в базальной части лобной доли, что обусловило необходимость нижнего подхода при пункции иглой вещества лобной доли мозга. На наш взгляд, даже в отсутствие компьютерной томографии внимательное динамическое наблюдение за состоянием больного и своевременное выявление двигательного компонента очаговой симптоматики дают возможность заподозрить формирование абсцесса лобной доли.

**А. М. Талышинский (Баку)
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ**

Околоносовые пазухи имеют тесное топографо — анатомическое взаимоотношение с глазницей, которое создает предпосылки для распространения гнойно — воспалительного процесса в орбиту при острых и хронических синуситах. В раннем детском возрасте наиболее развиты пазухи решетчатой кости, а не окостеневшая полностью бумажная

пластинка тонкая, частично замещена фиброзной тканью. Распространению процесса в орбиту контактным, периваскулярным и гематогенным путями способствует также анатомическая связь стенок орбиты с лобными и верхнечелюстными пазухами. В развитии осложнений немаловажное значение имеют ослабление местных и общих иммунологических защитных механизмов и аллергизации организма ребенка.

Под наблюдением находились 36 детей с орбитальными осложнениями синуситов, что составило 22% от общего числа больных (164), госпитализированных по поводу воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Пять детей были в возрасте до 1 года, от 1 до 3 лет было 16 больных, от 4 до 10 лет — 10, от 11 до 14 лет - 5.

Таким образом, 58,2% больных с орбитальными осложнениями составляли дети до трех лет. Причиной орбитальных осложнений у 23 больных был острый синусит, у 11 — хронический. В раннем детском возрасте основной причиной развития внутриглазных осложнений является острый этмоидит. У детей старшего возраста эти осложнения возникали также при хроническом гнойном фронтите, гайморите и сфеноидите, что связано с развитием околоносовых пазух. У 11 больных диагностирован гемисинусит или пансинусит.

Среди орбитальных осложнений преобладали остео — периостит и субпериостальный абсцесс (12 детей), реактивный отек и негнойное воспаление клетчатки глазницы и век (7 больных). Флегмона глазницы диагностирована у 7 детей, ретробульбарный абсцесс — у 5, свищи век и глазничных стенок — у 3, тромбоз век и глазничной клетчатки — у 2. У 6 детей орбитальные осложнения комбинировались с внутричерепными, в том числе с лептоменингитом (у 2 больных), абсцессом лобной доли мозга (у 2), лептоменингитом, тромбозом пещеристой пазухи и сепсисом (у 1), тромбозом верхнего сагитального синуса (у 1).

Больным проводилось комплексное обследование. Помимо общеклинических, оториноларингологических, офтальмологических и лабораторных методик применялись рентгенография и компьютерная томография. Компьютерная томография давала возможность точно определить состояние структур полости носа и околоносовых пазух, в том числе распространенность процесса в решетчатом лабиринте, клиновидной пазухе и орбите, а также уточнить состояние стенок орбиты, характер и степень вовлечения в процесс головного мозга. Главной особенностью клиники орбитальных осложнений синуситов у детей было бурное развитие симптомов заболевания: резкое повышение температуры тела, ознобы, общее недомогание, вялость, апатия, потеря аппетита, боль в области глаза и в голове. При исследовании отмечались припухлость или инфильтрация век, флюктуация, экзофтальм, смещение глазного яблока, хемоз, закрытие глазной щели. Выраженность общих и местных симптомов связана с характером осложнений. У больных с флегмоной орбиты преобладали проявления септицемии или септикопиемии с тяжелой степенью интоксикации, нередко общемозговые и менингеальные симптомы, генерализованные судороги.

Лечение детей с орбитальными осложнениями проводилось комплексно, зависело от характера внутриглазного поражения и воспаления околоносовых пазух. При гнойных орбитальных осложнениях этмоидитов выполнялось экстраназальное вскрытие решетчатого лабиринта, при фронтитах — расширение лобно — носового канала, трепанопункция или радикальная операция на лобной пазухе. Обязательным условием операции было дренирование гнойного очага в орбите. Применялись антибиотики широкого спектра действия, инфузионная терапия, переливание крови и плазмы, антикоагулянты, ингибиторы протеолитических ферментов, пассивная иммунизация, кортикостероиды и др.

В. С. Козлов (Ярославль)
ЭНДОНАЗАЛЬНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ
РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ АБСЦЕССАХ

В отечественной ринологии основным методом лечения риногенных абсцессов орбиты является этмоидотомия со вскрытием орбиты наружным доступом. Мало кто из хирургов любит данную операцию вследствие плохого обзора, выраженного кровотечения, послеоперационных рубцов и повреждения слезных путей.

Опыт, приобретенный при выполнении эндоназальных операций на боковой стенке полости носа, позволил нам сначала у взрослых, а затем и у детей начать эндоназальные операции по элиминации гнойного очага в орбите. В настоящее время мы располагаем опытом лечения 6 больных, среди которых были: женщина 78 лет, двое мужчин 18 и 27 лет и трое детей 2, 10 и 11 лет.

Ход операции

Диагностику орбитального абсцесса осуществляли посредством компьютерной или ЯМР — томографии. У всех больных имело место ретробульбарное распространение абсцесса. Для данной категории больных характерен выраженный отек мягких тканей щеки и крыла носа, поэтому введение носового зеркала в полость носа представляет определенные трудности. Однако, разведение браншей позволяет сместить носовую перегородку в противоположную сторону и получить хороший обзор среднего носового хода. Хотя операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом, абсолютно необходимо введение новокаина с адреналином в слизистую оболочку боковой стенки носа. Затем среднюю носовую раковину мобилизовали медиально и носовое зеркало вводили в средний носовой ход. Последовательно резецировали крючковидный отросток, решетчатую буллу, передние и задние клетки решетчатого лабиринта кзади до уровня передней стенки клиновидной пазухи, кверху до основания черепа и латерально до бумажной пластинки. Ориентируясь на данные компьютерных и ЯМР — томограмм, серповидным скальпелем производили разрез бумажной пластинки и ее удаление на протяжении 1,0—1,5 см. Во всех случаях вслед за этим наблюдалось пролабирование капсулы абсцесса через окно в бумажной пластинке. Серповидным скальпелем капсула абсцесса рассекалась, что приводило к его опорожнению. Операцию заканчивали, тампонируя полость носа пальчиковыми тампонами.

После опорожнения абсцесса сразу наблюдались снижение напряжения глазного яблока, возврат его в положение близкое к нормальному. Отек век, клетчатки орбиты и хемоз исчезали в течение 3 — 5 дней. Операция выполнялась с использованием 2,5 — кратного увеличения. Интраоперационного кровотечения не было ни у одного больного. Кровопотеря составляла от 10 до 30 мл, продолжительность операции — от 15 до 30 минут. Все больные выписаны с выздоровлением, причем период реконвалесценции составил от 10 до 17 дней.

Преимущества данной техники:

1. Быстрый терапевтический эффект
2. Минимальная травма
3. Отсутствие косметических дефектов
4. Сохранение слезных путей
5. Хороший обзор операционного поля

Недостатки данной операции:

В наших наблюдениях мы не смогли до настоящего времени выявить каких —либо

недостатков, поэтому правильнее говорить о трудностях. Для осуществления данной операции абсолютно необходимыми являются: 1. Наличие компьютерных или ЯМР — томограмм в аксиальной и коронарной проекциях. 2. Наличие опыта и специального инструментария. 3. Свободная ориентация хирурга в топографе — анатомических взаимоотношениях данной области.

В.И.Панин (Рязань)
ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ (ГБО) В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСОГЕННЫМИ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Клинические наблюдения основываются на данных обследования 14 больных. Среди них было 10 мужчин и 4 женщины в возрасте от 19 до 65 лет. Внутричерепные осложнения у 13 больных развились в результате обострения хронического синусита и у одного — после резекции верхней челюсти и решетчатого лабиринта по поводу рака. Абсцесс мозга имел место у 4, гнойный менингит — у 8, экстрадуральный абсцесс — у 2 больных. Диагноз устанавливали на основании клинического, лабораторного, патогистологического и рентгенологического исследований. Для уточнения локализации и величины абсцесса мозга применяли абсцессографию. У одной больной имелись абсцессы экстра— и субдурального пространств, лобной и теменной долей мозга и беременность сроком 34 недели. Вследствие развития отека и набухания головного мозга у 4 больных наблюдалась кома, у 8 больных сознание было спутанным, у 2 — ясным.

Всем больным выполняли срочное экстраназальное вскрытие пораженных околоносовых пазух с широким обнажением твердой мозговой оболочки в области задней стенки лобной пазухи и свода решетчатого лабиринта, проводили комплексную медикаментозную терапию и ГБО. У 2 больных с абсцессом лобной доли мозга был применен закрытый метод лечения. Еще у двух с обширными абсцессами лобной и теменной долей наряду с типичным ринологическим доступом использовали вскрытие и дренирование гноя через трепанационную рану свода черепа.

Применение ГБО начинали по мере стабилизации показателей гемодинамики и дыхания после удаления тампонов из полости носа при наличии I —II степени проходимости слуховых труб, что обычно наблюдалось на 2 —4 сутки после операции. Обязательным условием перед сеансом ГБО считали смазывание слизистой оболочки полости носа 0,1% раствором нафтизина, а также удаление отделяемого из полости носа и продувание слуховых труб по Полицеру или катетером. Одному больному, находившемуся в крайне тяжелом состоянии, перед началом кислородотерапии были выполнены трахеостомия и парацентез.

Курс ГБО включал от 6 до 15 сеансов. Ежедневно проводили 1 — 2 сеанса в режиме 0,4 — 0,8 ати при экспозиции 45 минут. Продолжительность компрессии и декомпрессии колебалась в пределах 7 — 21 и 5—12 минут, что определялось состоянием носового дыхания и барофункции уха. В это время, преимущественно в период повышения давления кислорода в барокамере, 5 больных жаловались на ощущение заложенности и треска в ушах, а 2 отмечали появление боли, которая исчезала после самопродувания уха и уменьшения скорости компрессии. После сеанса ГБО у одного больного было выявлено небольшое кровоизлияние в барабанную перепонку и у 3 — легкая гиперемия.

Клинические наблюдения, проведенные до сеанса ГБО, во время и сразу после него показали, что у всех больных значительно уменьшалась интенсивность головной боли, смягчалась степень выключения сознания, улучшалось самочувствие, нормализовались показатели гемодинамики и дыхания. На 3 — 5 сутки лечения методом ГБО у больных абсцессом мозга, леченных закрытым методом, при очередной пункции гноя не получали. У больных абсцессом мозга, леченных открытым методом, к этому сроку в раневом канале завершалось отторжение гнойно — некротических масс, появлялись грануляции и уменьшалось пролабирование мозгового вещества. У больных гнойным менингитом на 3 — 5 сутки стихали воспалительные изменения в крови и ликворе, а также исчезала или уменьшалась выраженность менингеальных симптомов.

Все больные выздоровели. Одна больная через 36 суток после операции была переведена в родильный дом, где беременность завершилась нормальными срочными родами и рождением здоровой девочки. Послеродовый период протекал гладко. Приведенные клинические наблюдения убедительно показывают, что применение ГБО у больных с риносинусогенными внутричерепными осложнениями улучшает течение послеоперационного периода и повышает эффективность традиционных методов лечения.

Хроника МЕЖДУНАРОДНАЯ ЗИМНЯЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ АКАДЕМИИ ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

С 5 по 11 марта 1995 года в Лааксе (Швейцария) прошла традиционная зимняя конференция Европейской Академии лицевой хирургии. Она была посвящена современным тенденциям в реконструктивной и пластической хирургии головы и шеи. Лицевая хирургия — новая специальность, формирующаяся на стыке оториноларингологии, челюстно — лицевой, пластической и эстетической хирургии. Она объединила хирургов — представителей одной из перечисленных профессий, которые прошли также специальную подготовку в смежных областях. В условиях постоянной конкуренции эта специальность отвоевывает сейчас свое место под солнцем, приобретает авторитет среди своих пациентов. Организаторами данной конференции были Хельмут Юнг (Кобленц, Германия) и Клаус Вальтер (Хайден, Швейцария).

В программе были освещены вопросы отоластики и ушной хирургии, пластики кожными лоскутами, эстетической и функциональной хирургии носа, лечения врожденных расщелин верхней губы и твердого неба, реконструкции дефектов носа, лобных пазух, глазницы, внутриносовой микроскопической и эндоскопической хирургии, септоластики, лечения ринхопатии и другие. Наибольший интерес вызвали следующие доклады.

Рудольф Мейер (Швейцария) представил свой богатейший опыт лечения микротии путем многоэтапного вмешательства с использованием местных тканей и реберного хряща. Он сделал еще два доклада о проблемах повторной ринопластики, а также о полной и частичной реконструкции носа. Восхищение вызвала демонстрация случая, когда автору удалось серией операций восстановить врожденное отсутствие наружного носа, одновременно устранив и полную костную атрезию полости носа. Впечатляли и результаты пластики больших, до 7 см в диаметре, перфораций перегородки носа с применением оригинальных методов.

Иоахим Херманн (Германия) описал свой способ коррекции оттопыренных ушей. Через разрез на задней поверхности ушной раковины он отслаивает кожу, затем резецирует 3 — 4 V — образных кусочка хряща в задне — верхней части завитка, моделирует противозавиток и фиксирует форму ушной раковины кожными швами и гипсовой "повязкой". Производя в среднем ПО отопластик в год, за 30 лет автор наблюдал только один случай гематомы и перихондрита.

Интересен был доклад Слободана Юго (США), который использует для закрытия циркулярных дефектов кожи метод пластики четырьмя ромбовидными лоскутами, разработанный в 40 — е годы советским хирургом А.А.Лимбергом. Это единственный математически выверенный метод, при помощи которого можно закрыть большие циркулярные дефекты кожи местными тканями.

Второе сообщение Юго было посвящено технике открытой ринопластики (декортикационного метода). Являясь продолжателем идей А.Серсера и И.Падована, Юго познакомил участников конференции с отдаленными результатами применения открытого доступа при коррекции деформаций наружного носа и перегородки носа у взрослых и детей.

Гийс Нолст Трените (Нидерланды) прочитал лекцию о методах уменьшения травматичности ринопластики. Автор добивается этого путем гидропрепаровки тканей, соблюдения правильных плоскостей диссекции, правильного выбора методики коррекции кончика носа, использования микродолот для чрезкожной остеотомии, кратковременной тампонады и наложения матрацных швов на перегородку носа.

Майкл Стирнз и Тони Булл (Великобритания) посвятили свои сообщения одним из самых сложных проблем ринопластики — коррекции широкого кончика носа и асимметрии ноздрей.

Луиза Гример (Дания) в своем докладе о динамике показателей акустической ринометрии после ринопластики предостерегла слушателей от чрезмерного уменьшения размеров наружного носа так как это приводит к уменьшению площади поперечного сечения полости носа: в области носового клапана на 22 — 25%, а в области грушевидного отверстия — на 11 — 13%.

Среди других сообщений можно выделить доклады К.Вальтера (Швейцария) о коррекции расщелины верхней губы в сочетании с деформацией наружного носа, Е.Стеннерта (Германия) о хирургической реабилитации больных после тяжелого повреждения или субтотальной резекции лицевого нерва, И.Херманна о замещении дефектов передней стенки лобной пазухи костной пластинкой из носцеvidного отростка, К — А.Тролиуса об эндоскопическом методе устранения морщин на лице и Е.Ханеке о предотвращении и лечении келоидных рубцов.

В заключение сообщу, что многие из участников конференции выразили желание опубликовать свои работы на страницах нашего журнала. В ближайших номерах будут опубликованы статьи К.Вальтера, Р.Мейера, Г.Нолст Трените, С.Юго, И.Херманна.

А.С.Лопатин

Второй Российский национальный конгресс «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

В нашем журнале мы не раз напоминали о том, что оториноларингология взяла свое начало из двух основных медицинских специальностей — терапии и хирургии. В последующем хирургическое начало развивалось значительно быстрее и продуктивнее, и в настоящее время наша специальность по праву считается одной из хирургических. В то же время, целый ряд болезней уха, горла и носа требуют терапевтического лечения, и оториноларингологи должны хорошо знать современную медикаментозную терапию. В поликлиниках оториноларингологи постоянно проводят медикаментозную терапию. Ее основная особенность заключается в том, что многие медикаментозные средства применяются местно, непосредственно на слизистую оболочку носа, глотки или уха. В то же время, оториноларинголог должен знать правила применения антибиотиков и других противомикробных средств, правильно назначить общее симптоматическое лечение и решать еще целый ряд вопросов. Он должен быть информирован о состоянии обеспеченности аптечной сети лекарственными средствами, знать их и правильно использовать.

Вопросы медикаментозной терапии были широко рассмотрены на прошедшем в Москве 10—15 апреля II Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство». В пленарных и секционных заседаниях, круглых столах и лекциях для практических врачей приняло участие более пяти тысяч представителей здравоохранения нашей страны. Был организован и проведен симпозиум «Медикаментозная терапия заболеваний уха, горла и носа». Председательствовали на симпозиуме член — корреспондент АМН профессор Ю.М.Овчинников, профессор М.Р.Богомилский и доктор медицинских наук Г.З.Пискунов. Следует отметить, что недостаточная информация о конгрессе отразилась на числе участников симпозиума. Было рассмотрено состояние организации медикаментозной терапии ЛОР заболеваний, приведены сведения об апробации некоторых лекарственных средств и принят меморандум по медикаментозной терапии ЛОР заболеваний, в котором констатируется состояние медикаментозной терапии и намечены пути ее развития. Полный текст меморандума мы приводим ниже.

Обращаем внимание наших коллег, что следующий конгресс «Человек и лекарство» будет проведен в 1996 году, и нам следует подготовиться и принять более активное участие в его работе. Как только будет точно определена его дата, мы опубликуем сроки и условия участия в работе конгресса.

Г.З.Пискунов

Меморандум по результатам работы симпозиума «Фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа»

Наиболее распространенными заболеваниями у населения различных климатических и часовых поясов, континентов и стран являются болезни уха, горла и носа. Довольно трудно отыскать человека, не болевшего острым ринитом или ангиной. За этими болезнями следуют другие нозологические формы поражений ЛОР органов и, таким образом, состояние здоровья населения определяется прежде всего большой распространенностью болезней уха, горла и носа.

Человек живет в тесном контакте с окружающей средой. Первый контакт с вирусами и бактериями окружающей среды при рождении, который в сути своей является началом борьбы за здоровье и существование человека, продолжается всю жизнь. Эта борьба идет с переменным успехом до самой смерти человека.

Природа наделила человека достаточно мощными защитными механизмами от окружающего микромира. Но эти механизмы не всегда эффективно защищают человека. Сам человек, загрязняя окружающую среду, способствует снижению защитных сил слизистых оболочек и других структурных образований ЛОР органов. Главной причиной развития заболеваний ЛОР органов являются различные вирусы. Во время эпидемий вирусных инфекций или при снижении механизмов защиты вирусы в первую очередь повреждают эпителий верхних дыхательных путей. Поврежденная слизистая оболочка становится доступной для поражения ее бактериальной, а затем и грибковой флорой. Так возникает воспалительное заболевание ЛОР органов. Вирус и бактериальная инфекция не остаются в первичном очаге поражения и распространяются в тройные органы, которыми являются почки, сердце, легкие и др. Таким образом, возникает уже второй уровень поражения органов и систем организма, для которого поражение ЛОР органов является первичным очагом и причиной. Это общеизвестная и общепринятая схема возникновения заболеваний человека, обусловленных результатом его контактов с окружающим микромиром. И в этой схеме первым звеном является поражение ЛОР органов — слизистой оболочки верхних дыхательных путей и лимфаденоидного аппарата глотки.

Заболевания ЛОР органов в первую очередь требуют медикаментозной терапии и только в случае ее безуспешности возникает необходимость в хирургическом лечении. Кроме того, существует ряд заболеваний ЛОР органов, которые не являются следствием воспалительного процесса, но требуют медикаментозной терапии. Сюда следует отнести заболевания внутреннего уха, опухолевые поражения ЛОР органов, дистрофические процессы.

Медикаментозная терапия острых и хронических заболеваний ЛОР органов заключается в применении антибактериальных препаратов, прежде всего антибиотиков. Антибиотики применяются как местно, так и парентерально.

Метод применения зависит от конкретной нозологической формы. Принципиальным положением является определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, что не всегда удается выполнить. Это делает необходимым иметь антибиотики широкого спектра действия. Таким образом, антибиотики широкого спектра действия являются важнейшими лекарственными средствами для лечения заболеваний уха, горла и носа. Чувствительность микроорганизмов к антибиотикам меняется, поэтому следует вести постоянное наблюдение за ее динамикой и разработку новых антибиотиков. Это важное положение для сохранения позиций эффективного сопротивления и подавления влияния микромира на организм человека.

Необходима разработка противовирусных препаратов. Эта проблема является основополагающей в медицине. Известно, что респираторные вирусы не живут в окружающей среде, а от эпидемии до эпидемии сохраняются в клетках дыхательного эпителия человека, перестраивая свою антигенную структуру. Персистенция вирусной инфекции мало заметна для человека, но носитель вируса является источником распространения вирусной инфекции. В соответствующих условиях происходит вспышка вирусного респираторного заболевания, за которым следуют различные бактериальные поражения уха, горла, носа и других органов и систем. В связи с этим весьма необходимо наряду с правильной диагностикой вирусной инфекции иметь хорошие противовирусные препараты для лечения персистирующих инфекций, профилактики вирусных эпидемий. Для этого нужно создать комплексную государственную программу, в которой обязательным является участие оториноларингологов с правом решающего голоса.

Оториноларингологам нужны антисептические средства для обработки полостей, поверхности слизистой оболочки. Имеющиеся в настоящее время антисептики не обладают высокой антибактериальной активностью. Подает надежду рассмотренный на симпозиуме антисептик Октенисепт. Изучение его в клинических условиях следует продолжить с тем, чтобы дать для практического здравоохранения конкретные рекомендации.

Рост аллергических заболеваний ЛОР органов во многом связан с нарастающим загрязнением окружающей среды. В лечении аллергических заболеваний ЛОР органов достаточно хорошо себя зарекомендовали кортикостероидные препараты местного применения. К сожалению, отечественная промышленность не выпускает их и в настоящий момент требуется закупка этих медикаментов за рубежом. Следует не только увеличивать закупку антиаллергических средств за рубежом, но и вести разработку и налаживать выпуск отечественных антиаллергических препаратов.

Есть необходимость и в производстве симптоматических лекарственных средств, в частности сосудосуживающих препаратов для эндоназального применения, не угнетающих мукоцилиарный клиренс, обезболивающих средств для орошения глотки и других полостей, средств, снижающих патологические рефлексы и симптомы раздражения слизистых оболочек, медикаментов,

изменяющих тонус различных отделов вегетативной нервной системы. Необходимы лекарственные вещества, улучшающие кровоток в системе внутреннего уха.

Таким образом, для лечения болезней уха, горла и носа необходим широкий набор медикаментов. В первую очередь необходимы противовирусные, антибактериальные и антигрибковые средства. Известны побочные действия антибактериальных средств, но применение их пока необходимо.

Альтернативой снижения потребности в антибактериальных препаратах являются мероприятия, повышающие сопротивляемость организма к воздействию макромира. Основное из них — борьба за чистоту окружающей среды. Всегда положительно сказывалась на состоянии здоровья физическая активность. Ничто не создает такого запаса прочности здоровья, как физический труд. Из медикаментозных средств в настоящее время имеются различного рода вакцины, формирующие иммунитет к наиболее распространенным инфекциям, вызывающим воспалительные заболевания ЛОР органов. К ним, в частности, можно отнести препарат Рибомунил, снижающий число «простудных» заболеваний у 65 — 70% применявших этот препарат.