

# **ВТОРОЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ**

**Тезисы докладов Сочи,  
16-19 июня 1996 года**

**Президент конгресса Н.А.Арефьева**

## **Научный консультативный комитет:**

В.П.Быкова (Москва)	Горо Моги (Оита, Япония)
Иоахим Германн (Эссен, Германия)	Н.И.Муратов (Краснодар)
Вольфганг Драф (Фулда, Германия)	Г.З.Пискунов (Москва)
Пол ван Каувенберг (Гент, Бельгия)	С.З.Пискунов (Курск)
Юджин Керн (Рочестер, США)	М.С.Плужников (Санкт-Петербург)
В.С.Козлов (Ярославль)	С.В.Рязанцев (Санкт-Петербург)
А.С.Лопатин (Москва)	Ю.А.Устьянов (Липецк)
Нильс Мигинд (Копенгаген, Дания)	И.Б.Шварцбурд (Сочи)

## **СПОНСОРЫ КОНГРЕССА**

**Промстройбанк России  
АО "Финансовый инжиниринг"  
Фонд национально-культурного  
возрождения России  
АО "Энергия"  
Glaxo-Wellcome (Великобритания)  
Sender (Франция)  
Stryker (США) Richard  
Wolf (Германия)**

## Содержание ИММУНОЛОГИЯ

### ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

<b>Л.Ф.Азнабаева, Н.А.Арефьева, Ф.А.Хафизова</b> ЭКОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ .....	9
<b>Н.А.Арефьева</b> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РИНИТОВ .....	10
<b>А.Г.Балабанцев, Л.М.Омерова, М.А.Завалня, О.С.Куршатов</b> ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНОСИТАМИ ПРИ ЛИМФОТРОПНОМ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ .....	11
<b>П.Брандтэг</b> ИММУНОБИОЛОГИЯ И ИММУНОМОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	12
<b>В.П.Быкова</b> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ТОНЗИЛЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ .....	13
<b>Н.В.Знборова, Х.М.Максаев, Г.П.Раба, Т.В.Виноградова</b> КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ У ДЕТЕЙ.....	15
<b>М. А. Калинин</b> СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА А В НОСОВОМ СЕКРЕТЕ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ .....	16
<b>П.ван Каувенберг, С.Кэйс, К.Кувелье</b> М-КЛЕТКИ И ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ В ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЕ.....	16
<b>Т.П.Маркова, Т.И.Гарашенко, Л.И.Ильенко, Л.А.Бабакина</b> КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ....	17
<b>Горо Могн</b> ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПОЛОСТИ НОСА.....	18
<b>М.М.Омеров, А.В.Пидаев, И.П.Игнатонис, А.Т.Балабанцев, М.А.Завалий, Д.Ш.Мевлюдова</b> НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	19
<b>В.Б.Панкова, С.В.Васильева</b> ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИНОСИНОСИТАХ.....	20
<b>А.П.Петров, Р.Г.Анюгин, П.Г.Петрова</b> РОЛЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА.....	21
<b>Т.П.Шелудченко, А.Н.Наумов</b> ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО И ОБЩЕГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	22

### МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНИТОВ И СИНОСИТОВ

<b>РА.Абдурашитов, РА.Шарипов</b> ПЕНТОКСИФИЛЛИН В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ.....	23
<b>А.Г.Балабанцев, В.В.Богданов, М.А.Завалня, С.В.Черянгенко, Л.М.Омерова</b> ВЛИЯНИЕ МИРАМИСТИНА НА ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ .....	24
<b>И.И.Воржева, Б.А.Черняк, Л.С.Ильина</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКОНАЗЕ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОПАТИЙ .....	25
<b>Г.А.Теоргиади, А.Б.Гобеев</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ СИНОСИТОВ ДИМЕКСИДОМ В СОЧЕТАНИИ С АНТИБИОТИКАМИ .....	26
<b>Ю.А.Лжамалудинов, А.С.Гаджиев, Р.Г.Гаджимирзаева</b> ПРИМЕНЕНИЕ РИБОМУНИЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ.....	27
<b>П.ван Каувенберг, Л.Экторс</b> ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ .....	28

<b>О.В.Кравченко, Г.З.Пискунов</b> РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ РИБОМУНИЛА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ .....	29
<b>В.Я.Кушельская</b> НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	30
<b>А.С.Лопатин</b> ПРИНЦИПЫ ОБЩЕЙ И МЕСТНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА.....	31
<b>Н.Мигинд</b> МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ И ПОЛИПОЗА НОСА.....	33
<b>Н.И.Муратов, И.В.Горбоносое</b> ВЛИЯНИЕ БЕНЗОФУРОКАИНА НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ НОСА И НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ .....	34
<b>Н.М.Ненашева</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО МЕСТНОГО ГЛЮКОКОРТИКОИДА ФЛИКСОНАЗЕ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА .....	35
<b>Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов, С.П.Разинысов, Ф.Н.Завьжлов, П.В.Калуцкий, Л.Н.Ерофеева, С.В.Казначеева, Н.Н.Новикова, Т.Н.Коробова, Т.Е.Мыльченко.</b> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОКТЕНИСЕПТА В РИНОЛОГИИ..... <sup>TM</sup>	
<b>С.В.Рязанцев</b> ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОГО АНТИБИОТИКА БИОПАРОКС В РИНОЛОГИИ.....	37
<b>Л.Г.Сватко, В.Н.Цыбульсина, И.А.Студенцова, В.В.Рафаилов</b> ПРИМЕНЕНИЕ ДИМЕФОСФОНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ.....	39
<b>С.Л.Профименко</b> К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛИПОЗНОЙ РИНОСИНУСОПАТИИ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОЙ ТРИАДЕ .....	40
<b>Б.В.Шеврыгин, Н.Б.Кувшинова, Р.П.Нарциссов</b> НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ .....	41

### СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

<b>А.Н.Александров, М.С.Плужяиков, А.В.Червинская</b> БРОНХИАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ В РИНОХИРУРГИИ .....	42
<b>Е.В.Борзов, С.Б.Лопатин</b> ИССЛЕДОВАНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПНЕВМОТАХОМЕТРИИ .....	42
<b>В.П.Быкова, А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов, Г.П.Сатдыкова</b> УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ.....	43
<b>Г.А.Гаджимирзаев, А.В.Гамзатова, Р.Г.Гаджимирзаева</b> ВЛИЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С АТОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ .....	45
<b>А.В.Гамзатова</b> РИНОРЕОГРАФИЯ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С АТОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ .....	46
<b>В.К.Гусак, В.Н.Нечипоренко, В.И.Резниченко, Р.Н.Романенко, В.А.Гринева</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАСТНОЙ СФЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ .....	47
<b>Л.А.Державия</b> РИНОМАНОМЕТРИЯ И АКУСТИЧЕСКАЯ РИНОМЕТРИЯ.....	48
<b>В.Е.Добротин, М.В.Боев</b> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ МОЗГОВОЙ ГРЫЖЕЙ И ПОЛИПОМ НОСА .....	49
<b>И.П.Енни, В.П.Карлов, Н.А.Сиволова</b> ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ СЕЗОННЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ .....	50
<b>Н.Н.Казимирко, И.М.Попко, А.Г.Плаксныи</b> МЕСТНАЯ АКТИВАЦИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ.....	52
<b>А.Ю.Кротов, Г.П.Захарова, С.Я.Накатис</b> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ .....	52

<b>Б.С.Лопатин, Е.В.Борзов, С.Б.Назаров, Л.Л.Хомякова, О.А.Пахрова</b> СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ ЭТМОИДИТОМ .....	53
<b>А.С.Лопатин, М.В.Арцыбашева</b> МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	54
<b>А.И.Лопотко</b> РИНОВАЗОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ГЕМОДИНАМИКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	56
<b>Г.И.Мельникова, Е.Г.Шахова, М.Я.Ледяев</b> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ Фолля У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	57
<b>С.В.Морозова, Ю.М.Овчинников</b> ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРОВ .....	58
<b>Н.Л.Петров, К.А.Никитин</b> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭХОСИНУСКОПОВ «ЛОР-ЭКСПРЕСС» И «МИНИДСК» .....	59
<b>М.С.Плужников, А.А.Зубарева, В.Г.Меркулов</b> ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	60
<b>М.Я.Рябова, В.Г.Меркулов</b> БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОЙ ПАЗУХИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ .....	61
<b>Л.Г.Святко, Н.Ш.Шамсутдинов, В.Н.Красножен, Р.В.Латыпов</b> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТИОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАЙМОРОЭТМОИДИТАХ .....	62
<b>Ф.В.Семенов</b> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОК МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ НОСА У КУРИЛЬЩИКОВ.....	63
<b>В.Н.Талалаев</b> МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ .....	64
<b>Р.К.Лулебаев, С.А.Оспанова, Н.Т.Джайнакбаев</b> РОЛЬ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИХ АНАЭРОБОВ В ЭТИОЛОГИИ ГНОЙНО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РИНОФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА .....	65
<b>А.А.Фаянс, Б.М.Цеарская, В.И.Кошель, Н.В.Махлиновская</b> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ПО ДАННЫМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ .....	66
<b>Н.М.Хмельницкая, А.Л.Ланцов, Л.М.Ковалева</b> КРИТЕРИИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОШИБОЧНОМ ДИАГНОЗЕ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ.....	67
<b>Н.В.Чичкова, С.И.Овчаренко, Н.П.Константинова</b> ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ .....	67
<b>А.А.Шилников</b> КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ .....	68

## ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РИНОХИРУРГИЯ

<b>И.И.Абабин, А.М.Гагауз</b> ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Yag-NA ЛАЗЕРНОГО ЛУЧА В КОНТАКТНОМ РЕЖИМЕ .....	70
<b>Ю.Г.Александров, Ю.П.Кузнецов</b> ПРИМЕНЕНИЕ ГОМОМОТРАНСПЛАНТАТА С БИОСОВМЕСТИМЫМ ПОКРЫТИЕМ В РИНОПЛАСТИКЕ ..71	71
<b>Р.Г.Анютин, И.А.Романов</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ .....	72
<b>В.Н.Бакумов, Е.А.Набатова, И.В.Андреева, А.С.Дранников, В.В.Ускова, Б.О.Шахаб</b> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ХИРУРГИИ В РИНОЛОГИИ .....	73
<b>А.Т.Волков</b> ЩАДЯЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ СТЕНОК ЛОБНЫХ ПАЗУХ .....	74

<b>Т.И.Гарашенко, А.П.Китайгородский</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ .....	74
<b>И.Германн</b> 37-ЛЕТНИЙ ОПЫТ МИКРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА, ВСЕХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И СЛЕЗНОГО МЕШКА ПОД ОБЩЕЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ .....	76
<b>А-О.Гюсан</b> МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА.....	77
<b>В.И.Анденко, АА-Гусаков</b> РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЛОБНЫХ ПАЗУХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГУБЧАТОЙ АУТОКОСТИ И КОСТНОГО МОЗГА .....	78
<b>В-Драф</b> ХИРУРГИЯ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА НА 1996 ГОД .....	79
<b>Д.И.Заболотный, Ю.В.Митин, К.Н.Веремеенко, В.Е.Макашев, Т.И.Кучеренко</b> ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ ФИБРИНА В РИНОПЛАСТИКЕ.....	80
<b>Ф.Н.Завынов, И.С.Пискунов, В.Г.Пирогов</b> ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОАНАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ.....	81
<b>Л-А.Зуев, А.Г.Балабанцев, АА.Бондаренко, Л.В.Гуляева, Л.Н.Легягина, М.Л.Завалий</b> ПРАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ.....	82
<b>А-Л.Клочихин, Г.И.Марков, В.В.Шилленкова</b> ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ В ВРЕМЕННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ВНОВЬ СФОРМИРОВАННОГО ЛОБНО-НОСОВОГО СОУСТЬЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛОБНЫХ ПАЗУХАХ .....	83
<b>В.С.Козлов</b> МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ .....	84
<b>В.П.Колганов, Б.Г.Нараев</b> НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН .....	85
<b>Н.И.Кулагин, Т.Х.Гутиева, Р.С.Танаканян</b> ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН.....	86
<b>С.С.Лиманский</b> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	87
<b>В.В.Лонский</b> ЩАДЯЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ .....	88
<b>А.С.Лопатин</b> ХИРУРГИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА: СЕПТОПЛАСТИКА ИЛИ ПОДСЛИЗИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ? .....	89
<b>А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов</b> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОХИРУРГИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОДЕБРАЙДЕРА .....	90
<b>М.П.Николаев, В.Ю.Кассин, ВА.Зарачапский, Ю.Н.Сергеев, Р.М.Николаев, ЛА-Тезикова, Е.Л.Дорофеева, Л.Ф.Ларина</b> ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНО-ХРЯЩЕВЫХ ДЕФЕКТОВ СКЕЛЕТА НОСА И СТЕНОК ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПЕРФОРИРОВАННЫМИ ПЛАСТИНАМИ ИЗ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ПОЛИЭТИЛЕНА.....	92
<b>М.И.Никулин</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ.....	93
<b>Ю.М.Овчинников, В.М.Свиштушкин, Г.Н.Никифорова, В.П.Гамов, А.Б.Шежтер Э.Н.Соболь, В.Н.Багратшвили, А.И.Омельченко, А.П.Свиридов, Д.Каввалос, Э.Хелидонис</b> ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ.....	94
<b>С.С.Отанесян</b> К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ КОРРЕКЦИИ НОСА.....	95
<b>С.З.Пискунов, И.В.Тарасов, Н.В.Должикова, И.С.Гурьев, Д.С.Боенко</b> РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ЭНДОСКОПИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ СТЕНКУ .....	96
<b>А.Н.Помухина</b> РЕОПЕРАЦИЯ ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА .....	97
<b>С.В.Сергеев, А.М.Козлова, Н.С.Шигина</b> ОПЫТ- ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	98
<b>В.В.Скоробогатый, Д.В.Ченцова, В.А.Скоробогатый</b> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ ФОРМОЙ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.....	98

<b>С.М.Соколенко, С.И.Гонкало</b> ПЛАСТИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ НАРУЖНОГО НОСА.....	99
<b>А.В.Староха, В.Э.Гюнтер, В.И.Итин, В.В.Коврижных, М.В.Шилов, Л.А.Панов, И.Д.Лазин, В.А.Новиков, М.Р.Мутамедов, А.В.Давыдов</b> РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ОСНОВЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В РИНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ .....	100
<b>А.В.Староха, С.В.Филиппова, М.В.Шилов, О.Г.Шилова</b> ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ДАКРИОСТЕНОЗОВ ПО ДАННЫМ ОПТИКО- ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ .....	101
<b>Г.Э.Тимен, В.Н.Писанко, Л.И.Кобзарук, П.В.Винничук</b> ПОДСЛИЗИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ .....	101
<b>П.А.Тимошенко, А.П.Тимошенко</b> ЩАДЯЩАЯ ПЕРЕДНЯЯ ТАМПОНАДА НОСА ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ .....	102
<b>М.И.Тюкина</b> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОСМЕТИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ НОСА.....	103
<b>Ю.А.Устьянов</b> НОВЫЙ МЕТОД ОСТЕОТОМИИ ПРИ СТОЙКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА.....	104
<b>В.Н.Филимонов, С.В.Филимонов, А.Л.Некрасов</b> К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА .....	105
<b>Т.М.Янборисов</b> ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ФРОНТОЭТМОИДОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ФРОНТИТА .....	106

### АНЕСТЕЗИЯ И ГЕМОСТАЗ В РИНОЛОГИИ

<b>Н.А.Арефьева, Р.Ш.Абдурашитов</b> СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА В РИНОЛОГИИ .....	108
<b>О.В.Карнеева, М.Р.Богомильских, Н.Б.Леонидов, С.Б.Фитилев, В.А.Княжев</b> ЛЕОКАИН - МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В РИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .....	109
<b>С.А.Климанцев</b> ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГЕ РИНОХИРУРГИИ .....	109
<b>А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов, В.М.Лукьянов, В.Ю.Харитонов</b> НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА .....	111
<b>М.М.Сергеев, Е.К.Гетманский</b> ОБ ОБЩЕМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ .....	112
<b>Г.А.Фейгин</b> ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА И ИХ УСТРАНЕНИЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ .....	113
<b>М.Е.Чуфистов, В.С.Милиневский, М.А.Лобанов, В.М.Чуфистов</b> ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЛОР-ОРГАНОВ .....	114

### АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНОСИНУСИТЫ

<b>С.В.Андреев, А.А.Аверин, В.С.Зайцев, А.А.Сквирская</b> О ПРИМЕНЕНИИ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ.....	115
<b>В.Ф.Воронкин</b> АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА.....	116
<b>И.П.Енин, В.П.Карпов, Н.А.Сиволова</b> ЛЕЧЕНИЕ СЕЗОННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ .....	117
<b>Т.Т.Ермеков, Ж.А.Сатыбалдиева, О.Ж.Искендерова</b> МОДИФИЦИРОВАННЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	118
<b>Ю.А.Кученев, Т.Т.Ермеков, Н.Т.Джайвакбаев</b> РЕСПИРАТОРНЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИКИ.....	119
<b>А.В.Павлищук, А.В.Степанов</b> ПОСТГРИППОЗНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНОСИНУСИТЫ.....	120
<b>Н.К.Почнина, Н.И.Баранова, Б.Л.Молотилов, О.В.Струкова, Е.М.Костина</b> АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНИТЫ И АСПЕКТЫ ИММУНОТЕРАПИИ.....	121

<b>Р.К. Тулебаев, Р.К.Ермекова, Т. Н. Джайнакбаев</b> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ .....	122
---	-----

## ДРУГИЕ ВОПРОСЫ РИНОЛОГИИ И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

<b>Л.Г.Балабаяцев, Л.М.Омерова, МА.Завалин, ИАОнурфриев, И.Д.Сергачев</b> ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ .....	124
<b>Н.Н.Беликова, ВА.Щербаков</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ОПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ...	125
<b>Г.К.Кржечковская, Г.Г.Мосияни</b> О ТАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РИНОПАТИИ.....	126
<b>Р.П.Крымская, А.М.Козлова, Г.И.Семенова</b> К ВОПРОСУ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ НЕЙРОСЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ОБОНЯНИЯ .....	127
<b>Б.С.Лопатня, Т.В. Дьяченко, С.Б.Лопатин</b> О НЕКОТОРЫХ ТЕНДЕНЦИЯХ В ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.....	128
<b>А.В.Пидаев, И.П.Игнатонис, М.М.Омеров, Л.Г.Балабанцев</b> МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕПРЕРЫВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ И ПАТОЛОГИЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ .....	129
<b>С.З.Пискуяов, С.М.Яцун</b> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ АЭРОЗОЛЬТЕРАПИЯ В РИНОЛОГИИ .....	130
<b>Л.Е.Пономарев</b> ФОТОМЕТРИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО НЕКОГЕРЕНТНОГО КРАСНОГО СВЕТА ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛЮТКИ.....	131
<b>С.М.Пухлик</b> НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА .....	132
<b>С.П.Разинков, Ф.Н.Завьялов</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПОЛИПОЗНОГО СИНУСИТА.....	133
<b>С.П.Разицьков, А.Н.Литовка, Е.И.Лыкова</b> МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОХРАННОСТИ ХРЯЦА, ДЛИТЕЛЬНО КОНСЕРВИРОВАННОГО В ПЧЕЛИНОМ МЕДЕ.....	134
<b>В.И.Родин</b> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ .....	135
<b>Н.К.Санжаровская</b> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ФРОНТИТОМ ТРЕПАНОПУНКЦИЕЙ .....	135
<b>И.Б.Солдатов, Н.С.Храппо, Н.В.Тарасова</b> ЗНАЧЕНИЕ КРАНИОМЕТРИИ ПОЛОСТИ НОСА ДЛЯ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ .....	136
<b>У.Тельнер</b> ОСТРЫЙ ЭПИГЛОТТИТ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.....	137
<b>Р.К.Тулебаев, С. А. Оспанова, А.Р.Избасаров, О.Ж.Искендерова</b> ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНУС - КАТЕТЕРА «ЯМИК» .....	138
<b>В.С.Ушаков, А.Н.Красноумов</b> О ПРОБЛЕМАХ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ .....	139
<b>А. А. Фаяяс, Б.М.Цецарский, В.И.Кошель, Н.В.Махлиновскао, Д.Э.Манукян</b> К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ.....	140
<b>Н.В.Хоботова, В.С.Заяцев, В.В.Березнюк, АА.Сквирская, Л. А. Чигрина</b> ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ .....	141
<b>Б.М.Цецарский, Д.Э.Манукян, ААФаяяс, В.И.Кошель, Н.В.Махлиновская</b> СОРБЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ РИНОСИНУСИТОВ.....	142
ТРЕБОВАНИЯ К МАТЕРИАЛАМ. НАПРАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ «РОССИЙСКАЯ РИНОЛОГИЯ».....	144
ИНФОРМАЦИОННЫЙ КАЛЕНДАРЬ.....	147

## ИММУНОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Л.Ф.Азнабаева, Н.А.Арефьева, Ф.А.Хафизова

### ЭКОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа)

Общепризнано, что изменения в иммунной системе являются одним из ранних и чувствительных показателей вредного воздействия на организм факторов окружающей среды. Исследование иммунного статуса у лиц, проживающих в экологически неблагоприятных регионах, имеет особую актуальность для разработки профилактических и лечебных мероприятий.

Изучен иммунный статус у 134 практически здоровых жителей Уфы, составивших первую группу. Полученные результаты сопоставляли с данными литературы — 2 группа (контрольная группа). Исследовали уровень иммуноглобулинов в слизи носа, в слюне (секреторный IgA) и в сыворотке крови методом радиальной иммунодиффузии в геле, клеточный состав слизи носа (риноцитограмма) и содержание иммунокомпетентных клеток в ткани небных миндалин реакцией непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител (30 миндалин).

Получены следующие результаты: у лиц контрольной группы в слизи носа количество SIgA составило  $0,76 \pm 0,1$  г/л, в слюне —  $0,72 \pm 0,05$  г/л. У жителей города Уфы эти показатели составили соответственно  $0,7 \pm 0,0$  г/л ( $p < 0,01$ ) и  $0,56 \pm 0,009$  ( $p < 0,001$ ). Сывороточные Ig всех классов у жителей Уфы оказались повышенными, а именно: IgA -  $3,2 \pm 0,27$  г/л (в контроле -  $1,9 \pm 0,08$  г/л); IgG -  $16,58 \pm 1,07$  г/л (в контроле -  $11,5 \pm 0,05$  г/л); IgE —  $287,83 \pm 90,81$  нг/л (в контроле 75 нг/л). Следовательно, как свидетельствуют полученные данные, у практически здоровых лиц, проживающих в Уфе, отмечено снижение количества секреторных антител в носовой слизи и слюне. В то же время в сыворотке крови концентрация иммуноглобулинов возрастала.

При анализе риноцитограмм обнаружены слущенные клетки эпителия с умеренной их деструкцией, определялись единичные и в виде скоплений лимфоциты. Функциональная активность нейтрофилов значительно снижалась — процент активных фагоцитов составил 19% (в контрольной группе — 54%). Фагоцитарная активность макрофагов не изменялась — количество фагоцитирующих клеток составило 4% (в контроле также 4%).

Иммунный статус небных миндалин у лиц, проживающих в Уфе, характеризовался перераспределением состава иммунокомпетентных клеток в сторону увеличения количества лимфоцитов с супрессорными и цитотоксическими функциями (CD8+ и CD16+ ) и уменьшения содержания общего количества Т—лимфоцитов (CD4+ ), и В—лимфоцитов (CD22+ ), Следовательно, происходило снижение интенсивности иммунного ответа и перераспределение его в сторону цитотоксических и супрессорных реакций. В общем кровотоке также статистически значимо увеличивалось количество супрессорных и цитотоксических лимфоцитов (CD8+ — в 1,5 раза, CD16+ — в 1,2 раза), коэффициент CD4/CD8 снижался, а CD3/CD22 -повышался.

Сопоставление иммунологических показателей слизистой оболочки носа и глотки у жителей Уфы показало угнетение гуморального и клеточного иммунного ответа. Снижались показатели фагоцитарной активности нейтрофилов и количество антител SIgA в секрете полости носа и глотки. Изменения иммунологических показателей крови в виде повышения синтеза иммуноглобулинов, особенно реактивных антител — IgE, а



также активации супрессорных и цитотоксических клеточных механизмов могут быть связаны с сенсibilизацией организма. В этих условиях развитие инфекционного воспаления было вполне реальным, а завершенность выздоровления — затруднительным. Таким образом, полученные данные могут служить основанием для применения иммунокорректоров с целью профилактики и лечения заболеваний слизистой оболочки верхних дыхательных путей инфекционного и аллергического характера.

**Н.А. Арефьева**  
**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ**  
**РИНИТОВ**

**Башкирский государственный медицинский университет (Уфа)**

Часто встречающийся термин «рецидивирующий ринит» расценивается не как самостоятельная нозологическая форма заболевания, а как вариант течения воспаления в слизистой оболочке носа. Причины рецидивирования активно изучаются. Совершенствование диагностических методик позволяет понять некоторые стороны рецидивирования с позиций иммунологии. Особое внимание при этом уделяется очагу воспаления. Данное сообщение посвящено изучению механизмов местной иммунологической защиты в слизистой оболочке носа при незавершившемся часто рецидивирующем рините.

Известно, что важными звеньями устойчивости слизистой оболочки носа являются мукоцилиарный клиренс, секторные антитела и клеточные факторы иммунной резистентности. Состояние указанных факторов изучено у 90 пациентов, у которых ринит не завершился выздоровлением в обычные сроки, и рецидивировал от 4 до 8 раз в год. Проведены микробиологические и вирусологические исследования, изучены функция мукоцилиарного аппарата, количество секреторного иммуноглобулина А (IgA) и клеточный состав носовой слизи.

Получены следующие результаты. В период рецидива воспаления микроорганизмы на слизистой оболочке носа обнаружены у 82% обследованных. При этом в 56% случаев они не были патогенными. Вирусологические исследования позволили обнаружить у 75% обследованных вирусные антигены в клетках слизистой оболочки носа в течение 40 дней болезни и более. Встречались антигены парагриппа, аденовируса, а также их ассоциации. Исследование местного иммунитета слизистой оболочки носа свидетельствовало о значительном дефиците как гуморального, так и клеточного звена. Количество IgA равнялось в среднем 0,62 г/л (при норме 0,86г/л), отмечена повышенная десквамация и деструкция эпителия (средний показатель деструкции 0,29, в контроле 0,27). Снижалась фагоцитарная активность нейтрофилов до 15%±2,7% при норме 54%±2,5%. Фагоцитарная активность макрофагов изменялась незначительно — 3,3±0,5 (в контроле 4,0±0,4,  $p>0,05$ ). Встречались единичные эозинофилы. При изучении мукоцилиарного транспорта у больных рецидивирующим ринитом обнаружили значительное снижение скорости передвижения назальной слизи.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о развитии у больных рецидивирующим ринитом мукоцилиарной недостаточности, которая может создавать условия для длительного персистирования патогенного антигена на слизистой оболочке носа. Сказанное подтверждалось вирусологическими и микробиологическими находками. Следовательно, причинами рецидивов могут служить персистенция вирусов в

эпителиальных клетках и снижение резистентности к непатогенной микрофлоре. Очевидно, невозможность элиминации антигена может найти объяснение в недостаточности количества секреторных антител, снижении фагоцитарной активности нейтрофилов и слабом ответе макрофагов.

В докладе будет приведено подробное обоснование патогенеза рецидивирующего ринита и предложены варианты патогенетического лечения.

**А.Г.Балабанцев, Л.М.Омерова, МА-Завалий, О.С.Куршуттов**  
**ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У**  
**БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ ПРИ**  
**ЛИМФОТРОПНОМ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ МЕТОДАХ**  
**ЛЕЧЕНИЯ**

**Крымский медицинский институт им. С.И.Георгиевского (Симферополь, Украина)**

В патогенезе риносинуситов различной этиологии ведущую роль играют нарушения системы гуморального и клеточного иммунитета. Под нашим наблюдением находилось 56 больных инфекционно — аллергическим и 48 аллергическим риносинуситом, у которых до лечения, после 3 — 4 процедур и в конце его определялись основные показатели гуморальной и клеточной иммунной реактивности (реагиновые, агрессивные, гемагглютинирующие и защитные антитела; функциональная активность Т— и В — лимфоцитов, Т—хелперные, Т—супрессорные, аллергоспецифические лимфоциты и их ферменты). Мужчин было 71, женщин — 33, возраст больных — от 15 до 83 лет. В лечении использовали не прямое лимфотропное введение лекарств и экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (ЭУФОК).

Лимфотропная и экстракорпоральная терапия проводилась по комбинированной методике. В первой группе лимфотропно применялся тимоген по 2,0 через день, а в промежутках между этими курсами вводился антистрептококковый или антистафилококковый иммуноглобулин по 3,0. Наряду с этим каждый больной получал по три сеанса ЭУФОК и по два сеанса иммуноплазмафереза с Т—активином. Во второй группе лимфотропно вводился В—активин по 1,0 ежедневно числом 10 в вечернее время, и аллергоиммуноглобулин по 1,0 через день — 5 инъекций. ЭУФОК — 2 — 3 процедуры, иммуноплазмаферез с тималином — 2 сеанса. В контрольных группах экстракорпоральные методы не применялись.

Нами установлено, что для инфекционно — аллергического риносинусита характерно резкое повышение содержания агрессивных антител к бактериальным и тканевым антигенам, уменьшение функциональной активности Т—лимфоцитов и супрессорной популяции, высокие титры аллергоспецифичных антител, уменьшение количества РНК и ДНК в ядрах лимфоцитов. Во второй группе отмечались самые высокие титры агрессивных антител к пыльцевым, бытовым, химическим и лекарственным аллергенам, а также повышение активности В—лимфоцитов, Т—хелперных лимфоцитов и кислой фосфатазы в лимфоцитах.

Разработанная нами методика уже на 3—4 день давала хорошие клинические результаты. Наиболее выраженная динамика отмечалась при оценке показателей иммунной реактивности. Так, в первой группе содержание агрессивных антител против бактериальных и тканевых антигенов к окончанию курса лечения уменьшалось в 15— 18 раз, а содержание защитных антител увеличивалось в 9—11 раз, повышалась

функциональная активность Т—лимфоцитов, особенно Т—супрессоров, в 7 — 8 раз снижались титры аллергеноспецифических лимфоцитов, восстанавливались их ферменты (нуклеарные РНК и ДНК). У больных с аллергическим риносинуситом иммунограмма улучшалась более заметно. Практически нормализовалось содержание агрессивных антител против пылевых, бытовых аллергенов, содержание защитных антител увеличивалось в 5—55 раз, в 15—20 раз уменьшались титры аллергеноспецифических лимфоцитов, восстанавливались кислая и щелочная фосфатаза.

Таким образом, комбинированная иммунокорректирующая терапия является эффективным методом лечения больных хроническими аллергическими риносинуситами и оказывает выраженное влияние на иммунную реактивность больных.

**П.Брандтзэг**

## **ИММУНОБИОЛОГИЯ И ИММУНОМОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**Лаборатория иммуногистохимии и иммуноморфологии института  
патоморфологии Национального госпиталя (Осло, Норвегия)**

Специфическая защита слизистых оболочек дыхательных путей определяется в первую очередь от секреторным (местным) иммунитетом. В — клетки, участвующие в обеспечении местного иммунитета, первоначально стимулируются в ассоциированной со слизистой оболочкой лимфоидной тканью, вероятно, прежде всего в глоточной и небной миндалинах. Из этих мест первоначальной индукции в качестве клеток памяти они мигрируют в секретирующие (эффektorные) зоны слизистой оболочки, где окончательно дифференцируются в плазматические клетки, продуцирующие иммуноглобулины (Ig).

Вырабатываемые здесь Ig представлены главным образом димерами IgA и его полимерами (pIgA), содержащими J — цепь. Эти Ig избирательно транспортируются через клетки железистого эпителия с помощью рецептора эпителиальных клеток, называемого секреторным компонентом pIg. IgG может также участвовать в иммунной охране, так как он попадает на поверхность слизистой оболочки путем пассивной диффузии. Однако, благодаря его провоспалительным свойствам, антитела IgG могут играть важную роль в развитии местной иммунопатологической реакции в условиях, когда устранение проникших в ткани антигенов оказывается неэффективным.

Активизирующиеся в результате этого Т—хелперы (Th) могут с помощью Th2—цитоклинов, способствовать персистенции воспалительного процесса, поддерживая выход из сосудов эозинофилов и их праймирование (сенсibilизацию). Подобное развитие процесса, по —видимому, является поздней стадией аллергической реакции, которая изначально была запущена интерлейкином—4 (IL—4), освобождаемым тучными клетками в результате IgE — опосредованной активации и последующей активации Th2-клеток. Эозинофилы могут повреждать ткани, особенно после праймирования IL—5. Различные цитокины стимулируют адгезивные молекулы на поверхности эндотелиальных и эпителиальных клеток и тем самым усиливают эмиграцию эозинофилов в слизистую оболочку, а также, возможно, обеспечивают aberrантную иммунную регуляцию внутри эпителиального пласта.

Растворимые антигены, «бомбардирующие» поверхность эпителия, в нормальных условиях, по —видимому, могут запускать механизмы иммуносупрессии, однако, поддержание гомеостаза слизистой оболочки дыхательных путей менее очевидно, чем

оральная толерантность к пищевым антигенам, воздействующим на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

**В.П.Быкова**

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ТОНЗИЛЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ**

**Московский НИИ уха, горла и носа**

В последнее десятилетие возрастающий интерес к лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками, снова сосредоточил внимание исследователей на миндалинах лимфаденоидного глоточного кольца как органах иммунитета, формирующих иммунный барьер слизистых оболочек, в том числе слизистой оболочки верхних дыхательных путей, и одновременно как резервуарах очаговой инфекции. Последнее обстоятельство придает особое значение морфо — функциональному анализу небных и глоточных миндалин при так называемой тонзиллярной болезни — хроническом тонзиллите и хроническом аденоидите с широким диапазоном клинических проявлений от простой гипертрофии миндалин до развития аутоиммунных заболеваний, сопряженных с тонзиллитом.

Как известно, одной из общих функций лимфоидных органов является создание оптимального микроокружения для дифференцировки и созревания лимфоцитов из их иммунокомпетентных предшественников, регуляции взаимодействия лимфоцитов разных классов между собой и осуществления своевременной поставки зрелых эффекторных клеток иммунной системы в разные органы и ткани. Имеются серьезные основания полагать, что в лимфоэпителиальных органах, каковыми являются небные и глоточные миндалины, роль такого микроокружения играет ретикулярный эпителий зон лимфоэпителиального симбиоза. Вот почему центром внимания в настоящем исследовании стали лимфоэпителиальные компартменты миндалин, удаленных по поводу хронического тонзиллита и хронического аденоидита.

Электронномикроскопическое исследование участков лимфоэпителиального симбиоза, выполненное нами с использованием панорамной съемки, позволило детализировать представление об эпителиальном ретикулуме и предложить понятие «ретикулярный эпителиоцит» как основную структуру микроокружения лимфоцитов, ответственную за представление антигена лимфоцитам. При иммуногистохимическом исследовании с использованием моноклональных антител к антигенам главного комплекса гистосовместимости II класса в непрямом иммунопероксидажном методе обнаружена экспрессия HLA — DR — антигена клетками ретикулярного эпителия как небных, так и глоточной миндалин. Как известно, молекулы HLA—DR—антигена являются основными молекулами для иммунной регуляции и играют роль генетически запрограммированного проводника функций иммунной системы. Экспрессия этого антигена отростчатыми эпителиоцитами указывает на то, что на ранних этапах иммунного распознавания данным клеткам принадлежит иницилирующая роль. По полученным данным, значительная часть лимфоцитов, находящихся в зоне лимфоэпителиального симбиоза, имеет иммуногистохимические характеристики активированных и покоящихся T—клеток, экспрессирующих соответственно CD45—RO и CD45—RA антигены. В то же время структурные взаимоотношения ретикулярных эпителиоцитов с лимфоцитами, найденные на ультрамикроскопическом уровне, чрезвычайно напоминают структуру и взаимоотношения ретикулярных эпителиоцитов и лимфоцитов в тимусе.

Полученные данные в совокупности с данными современной литературы дают

основание рассматривать ретикулярный эпителий как истинное микроокружение лимфоцитов, а зоны лимфоэпителиального симбиоза — как иммунорегуляторный компартмент миндалин, позволяющий наряду с лимфоцитопозитической функцией осуществлять функции своеобразного регионального центра, контролирующего иммунный барьер слизистых оболочек. Выявленные особенности морфо — функциональной организации лимфоэпителиальных компартментов миндалин открывают новые подходы к пониманию сущности и механизмов развития декомпенсированного тонзиллита, осложненного аутоиммунными проявлениями типа IgA — зависимой нефропатии и гломерулонефрита, некоторыми поражениями костно — суставного аппарата и кожи. В самых общих чертах появление аутоиммунных осложнений при хроническом тонзиллите можно представить себе как нарушение иммунорегуляции на уровне лимфоэпителиального симбиоза.

Тонзиллярная болезнь с современных позиций представляет собой, таким образом, перманентное иммунореактивное состояние миндалин лимфаденоидного кольца, возникающее в связи с обострениями очаговой инфекции (ангинами) и поддерживаемое антигенной стимуляцией содержимого крипт и лакун. В пато — и морфогенезе тонзиллярной болезни важная роль принадлежит межклеточным взаимодействиям лимфоцитов с клетками микроокружения, в первую очередь ретикулярными эпителиоцитами в зоне лимфоэпителиального симбиоза.

Эпителиальное микроокружение способствует осуществлению лимфоцитопозитической функции миндалин, сообщая, по — видимому, лимфоцитам органоспецифические свойства и определяя тем самым направленность хоуминга. Нарушение нормального микроокружения в условиях воспаления с альтерацией покровного эпителия создает предпосылки для появления аутореактивных лимфоцитов, с которыми связано развитие аутоиммунных тонзиллогенных заболеваний. Важная физиологическая роль миндалин лимфаденоидного глоточного кольца в создании иммунного барьера слизистых оболочек и его регуляции диктует необходимость органосохраняющей тактики лечения тонзиллярной болезни в период раннего детства. Абсолютным показанием к удалению небных миндалин остаются только осложненные формы тонзиллярной болезни.

**Н.В.Зиборова, Х.М.Маккаев, Г.П.Раба, Т.В.Виноградова**  
**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**  
**ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ОКОЛОНОСОВЫХ**  
**ПАЗУХАХ У ДЕТЕЙ**

**Московский НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ и МП России**

Воспаление околоносовых пазух продолжает оставаться одной из наиболее частых патологий в детской оториноларингологии. Это связано с ухудшением экологической обстановки, загрязнением воздуха и окружающей среды. Все это отрицательно влияет на обменные процессы в организме и, в частности, на иммунную систему.

Нами было обследовано 87 детей с различными формами гайморита. Диагноз устанавливался на основании клинических, рентгенологических данных и подтверждался диагностической пункцией. Всем детям проводилось местное и общее лечение в зависимости от клинических проявлений и характера воспалительного процесса.

Исследование иммунологических параметров (IgA, M, G, E, ЦИК) проводилось в сыворотке крови. В назальном секрете определялись SIgA, общий IgE до и после лечения. В зависимости от клинической картины и характера течения воспалительного процесса было выделено 3 группы.

I группу составили 19 детей с хроническим гайморитом в стадии обострения. Обострения процесса отмечались 1 раз в год. Сопутствующая патология отсутствовала у 91,5% детей данной группы. Рентгенологическая картина характеризовалась тотальным снижением пневматизации верхнечелюстных пазух. Уровень общих Ig и ЦИК в сыворотке крови до и после лечения не превышал нормальных показателей. Уровень SIgA в носовом секрете до лечения был значительно повышен. После лечения в 93,7% случаев уровень IgA нормализовался.

II группа включала 40 детей с клиникой острого воспаления околоносовых пазух, с более длительным течением обострения, чем у детей I группы. Острый гайморит чаще возникал после перенесенного накануне гриппа или ОРВИ. Часто отмечалась сопутствующая патология — хронический тонзиллит или гипертрофия глоточной миндалины II—III степени. Рентгенологически определялось пристеночное снижение пневматизации верхнечелюстных пазух. У большинства детей отмечалось незначительное повышение ЦИК в сыворотке крови. Уровень IgA до лечения был повышен, а после лечения у 46% детей этой группы он нормализовался. У остальных 54% детей уровень IgA оставался низким как до, так и после лечения.

Клиническая характеристика III группы (28 детей) включала наличие хронического или острого гайморита с затрудненным носовым дыханием вне зависимости от периода ремиссии или обострения; сопутствующую патологию (гастродуоденит, вегето — сосудистую дистонию, дискинезию желчевыводящих путей, нейродермит, отек Квинке). На рентгенограмме отмечалось пристеночное снижение пневматизации околоносовых пазух за счет отека слизистой оболочки. В общем анализе крови у детей данной группы отмечалась выраженная эозинофилия. Содержание в сыворотке крови ЦИК и общего IgE было значительно повышено. В назальном секрете уровень IgE до лечения также был высоким. Уровень SIgA до лечения был значительно снижен, но после лечения наблюдалась тенденция к его увеличению.

Таким образом, I группа больных характеризовалась адекватной реакцией иммунной системы на обострение воспалительного процесса в виде резкого повышения SIgA и восстановлением его до нормального уровня в результате лечения, что может рассматриваться как благоприятный диагностический признак. Во II группе больных, у которых отмечался более генерализованный воспалительный процесс с вовлечением лимфоидной ткани не только носоглотки, но и ротоглотки, наблюдалось снижение иммунологических показателей, что, возможно, является следствием вторичной недостаточности местного и системного иммунитета. На основании анамнеза, клинических данных, а также иммунологических показателей в III группе больных можно предположить наряду с воспалительным процессом и наличие атопии.

**М. А. Калинин**

## **СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА А В НОСОВОМ СЕКРЕТЕ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ**

**Архангельская государственная медицинская академия**

Изучение иммунологических механизмов защитных реакций со стороны слизистой оболочки при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей является актуальным вопросом оториноларингологии. В настоящей работе представлены результаты определения секреторного иммуноглобулина А (SIgA) в носовом секрете у 67 детей с острым воспалительным стенозом гортани (СГ) в динамике заболевания. Целью исследования было изучение клиничко — иммунологических параллелей для прогнозирования тяжести и течения заболевания.

Анализ проведен в трех возрастных группах: у детей 7—12 месяцев, 1 — 2 года и 2 — 3 лет. Этим больных разделили на группы с относительно легким и тяжелым течением заболевания. Концентрация SIgA у детей всех возрастных групп при относительно легком течении СГ в первые дни заболевания была ниже физиологических значений. При тяжелом течении этот показатель у больных 1 и 3 возрастных групп соответствовал возрастным нормам и значительно превышал его у детей 2 группы. У больных с относительно легким течением при повторном исследовании SIgA превышал физиологическую норму, но был сниженным или соответствовал нижней границе нормы при тяжелом течении заболевания.

Таким образом, в динамике воспалительного процесса у больных с легким течением происходило выраженное увеличение концентрации SIgA, и наоборот, для тяжелого течения было характерно угнетение синтеза SIgA в слизистой оболочке носа. Следовательно, содержание SIgA может быть использовано для прогнозирования тяжести течения острого СГ у детей раннего возраста.

**П. ван Каувенберг, С.Клэйс, К.Кувелье**

## **М-КЛЕТКИ И ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ В ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЕ**

**Отделения ОРЛ и патоморфологии Университетской клиники (Гент, Бельгия)**

Мембранозные или М — клетки — это эпителиальные клетки, обнаруженные у людей и других видов в ассоциированном с фолликулами эпителии назофарингеальной ассоциированной лимфоидной ткани (NALT) — небных и глоточных миндалинах, а также кишечной (GALT) и бронхиальной (BALT) ассоциированной лимфоидной ткани. Морфологической характеристикой М — клеток являются редкие микроворсинки, а их принадлежность к эпителию определяется тесными межклеточными связями. М — клетки имеют тонкую полоску цитоплазмы между пластинкой и подлежащей лимфоидной тканью. М — клетки легко идентифицируются на сводах пейеровых бляшек, где они упорядочены расположены между соседними эпителиальными клетками. Наличие М — клеток в NALT человека доказано, но плохо документировано и проиллюстрировано.

Мы исследовали М — клетки в небных и глоточной миндалинах, чтобы подтвердить тот факт, что эти клетки являются важной характеристикой всех лимфоэпителиальных органов, контактирующих с внешней средой. Биоптаты 25 больных (небные миндалины и аденоиды) были исследованы методом электронной микроскопии. Ультратонкие срезы тщательно просматривались на предмет наличия М — клеток и лимфоэпителиальных

контактов. Позитивная ультраструктурная идентификация достигалась методом трансмиссионной электронной микроскопии. Так же, как и энтерогенные, М — клетки NALT имели микроскладки на поверхности и содержали одну или более лимфоидных клеток в базолатеральном кармане. Также были отмечены плотные связи с эпителиальными клетками. Расположение М — клеток, как и в кишечнике, зависело от организации подлежащих лимфоидных клеток, то есть лимфоидных фолликулов и центров размножения. Лимфоидные клетки, контактирующие с М — клетками, демонстрировали признаки активности, такие как наличие мультивезикулярных телец, лизосом, эндосомально — подобных пузырьков, и вырабатывали грубый эндоплазматический ретикулум.

Мы делаем заключение о постоянном присутствии М — клеток в NALT и об их ультраструктурном сходстве с М — клетками GALT. Важное значение М — клеток в NALT подтверждается продемонстрированными нами лимфоэпителиальными контактами.

**Т.П.Маркова, Т.И.Гарашенко, Л.И.Ильenko, ЛА-Бабакина**  
**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У**  
**БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ**

**Кафедра иммунологии Российской медицинской академии последипломного образования. Кафедры педиатрии и ОРЛ педиатрического факультета РМГУ (Москва)**

Обследован 21 больной с полипозным риносинуситом (14 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 8 до 15 лет). У 2 больных с полипозным риносинуситом выявлена хроническая инфекция вирусом простого герпеса, 1 и 2 типа, при этом у одной больной развился хориоретинит, а у другого больного — афтозный стоматит. У 5 больных с полипозным риносинуситом процесс носил инфекционно — аллергический характер, что сопровождалось повышением уровня IgE. Клинико — иммунологическое обследование включало определение показателей Т — клеточного звена (CD3 + , CD4 + , CD8+ — клетки, иммунорегуляторный индекс), В — клеток с поверхностными иммуноглобулинами, сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM и IgE.

Тактика лечения включала удаление полипов, назначение при необходимости антибактериальных препаратов, а также местное воздействие иммунокорригирующими и гомеопатическими препаратами на слизистую оболочку носоглотки. Параллельно наблюдалась контрольная группа больных, сходная по полу, возрасту и характеру базисной терапии. Учитывая нарушения с системе местного иммунитета, которые развиваются на фоне частых бактериальных и вирусных инфекций, мы считаем целесообразным местное применение иммунокорректоров, индуцирующих выработку эндогенного интерферона, активирующих или нормализующих Т — и В — клеточное звено. К таким иммунокорректорам можно отнести отечественный препарат миелопид.

При полипозном риносинусите снижение показателей Т — клеточного звена (CD3 + , CD4 + — клетки), повышение количества В — клеток с поверхностными иммуноглобулинами и снижение показателя сывороточного IgG отмечены у 30% больных, при этом наблюдались частые инфекции носоглотки и рецидивы образования полипов. Другим аспектом течения полипозного риносинусита является возможность развития инфекционно — аллергических и аллергических заболеваний. У 5 больных отмечалось увеличение в крови количества эозинофилов и повышение сывороточного IgE. В комплексном лечении таких больных необходимо длительно применять задитен, а при необходимости — противовирусные и антибактериальные препараты.



К сожалению, в настоящее время клиническая практика не располагает доступными и достоверными методами исследования клеточного звена системы местного иммунитета носоглотки. Обострения ОРВИ чаще 4 раз в год являются клиническим критерием нарушений системы местного иммунитета. У таких больных мы включали в комплекс лечения курсы интраназального введения миелопида и гомеопатический препарат «Эуфорбиум» (Германия). Предложенная тактика лечения снижает число рецидивов полипозного риносинусита.

## Горо Моги

### ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПОЛОСТИ НОСА

#### Отделение ОРИ Медицинского университета (Оита, Япония)

Иммунный ответ слизистой оболочки (СО) — наиболее важный компонент ее первой линии обороны, защищающий макроорганизм от инвазии антигенов через поверхность СО. Хорошо известно, что секреторный IgA (SIgA) играет основную роль в иммунологии СО. Иммунная защита СО обеспечивается различными иммунокомпетентными клетками, такими как Т—и В—клетки и клетки, секретирующие IgA. SIgA является доминирующим иммуноглобулином в носовом секрете.

Для того, чтобы уточнить роль иммунной системы СО при хроническом гнойном синусите, было изучено содержание в носовом секрете антител SIgA против различных мембранных белковых антигенов (МБА), таких как поверхностный антигенный белок А и поверхностный адгезин А, продуцируемых *Streptococcus pneumoniae* (Sp) и *Haemophilus influenzae* (Hi) (последний также называют Р6). Антитела SIgA против МБА—Sp появлялись в носовом секрете в течение первых 8 лет жизни, причем их уровень повышался и достигал показателя, характерного для взрослого человека, к 15—летнему возрасту. В то же время, активность антител SIgA против Р6 оставалась низкой и в 15—летнем возрасте. Бактериологические исследования носового секрета показали, что частота выявления Sp быстро уменьшалась после достижения 8—летнего возраста, однако Hi довольно часто высевалась со слизистой оболочки и в 15 лет. Незрелость антибактериального иммунитета СО может быть одним из причинных факторов при хроническом среднем гнойном отите.

Чтобы детально исследовать механизм иммунного ответа СО носа, мы провели эксперименты на животных. Не имеющие специфических патогенов мыши интраназально иммунизировались МБА—Hi. Титры антиген—специфичного IgA в смывах из полости носа и слюне возрастали, в носовых ходах значительно увеличивалось количество МБА—специфичных IgA—продуцирующих клеток по сравнению с их количеством в легких, парабронхиальных лимфоузлах и селезенке. Эти находки дают основания предположить, что интраназальное воздействие на СО бактериальными антигенами вызывает изолированный иммунный ответ только в полости носа. Были проведены и другие эксперименты. Мышей интраназально иммунизировали пероксидазой хрена (ПХ) вместе с холерным токсином (ХТ) путем закапывания этих растворов в правую ноздрю. В СО иммунизируемой половины полости носа возрастало количество клеток, продуцирующих IgA против ПХ. Эти находки показывают, что четко локализованная индукция иммунного ответа СО, возможно, может стать хорошей стратегией в иммунизации слизистой оболочки против микроорганизмов. Будут обсуждаться и возможности иммунизации СО (оральной или интраназальной) для защиты верхних дыхательных путей от бактериальной инфекции.

контактов. Позитивная ультраструктурная идентификация достигалась методом трансмиссионной электронной микроскопии. Так же, как и энтерогенные, М — клетки NALT имели микроскладки на поверхности и содержали одну или более лимфоидных клеток в базолатеральном кармане. Также были отмечены плотные связи с эпителиальными клетками. Расположение М — клеток, как и в кишечнике, зависело от организации подлежащих лимфоидных клеток, то есть лимфоидных фолликулов и центров размножения. Лимфоидные клетки, контактирующие с М — клетками, демонстрировали признаки активности, такие как наличие мультивезикулярных телец, лизосом, эндосомально — подобных пузырьков, и вырабатывали грубый эндрплазматический ретикулум.

Мы делаем заключение о постоянном присутствии М — клеток в NALT и об их ультраструктурном сходстве с М<sub>1</sub> — клетками GALT. Важное значение М — клеток в NALT подтверждается продемонстрированными нами лимфоэпителиальными контактами.

**Т.П.Маркова, Т.И.Гаращенко, Л.И.Ильenko, Л.Л.Бабакина**  
**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У**  
**БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ**

**Кафедра иммунологии Российской медицинской академии последипломного образования. Кафедры педиатрии и ОРЛ педиатрического факультета РМГУ (Москва)**

Обследован 21 больной с полипозным риносинуситом (14 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 8 до 15 лет). У 2 больных с полипозным риносинуситом выявлена хроническая инфекция вирусом простого герпеса, 1 и 2 типа, при этом у одной больной развился хориоретинит, а у другого больного — афтозный стоматит. У 5 больных с полипозным риносинуситом процесс носил инфекционно — аллергический характер, что сопровождалось повышением уровня IgE. Клинико — иммунологическое обследование включало определение показателей Т — клеточного звена (CD3 + , CD4 + , CD84- — клетки, иммунорегуляторный индекс), В — клеток с поверхностными иммуноглобулинами, сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM и IgE.

Тактика лечения включала удаление полипов, назначение при необходимости антибактериальных препаратов, а также местное воздействие иммунокорригирующими и гомеопатическими препаратами на слизистую оболочку носоглотки. Параллельно наблюдалась контрольная группа больных, сходная по полу, возрасту и характеру базисной терапии. Учитывая нарушения с системе местного иммунитета, которые развиваются на фоне частых бактериальных и вирусных инфекций, мы считаем целесообразным местное применение иммунокорректоров, индуцирующих выработку эндогенного интерферона, активирующих или нормализующих Т — и В — клеточное звено. К таким иммунокорректорам можно отнести отечественный препарат миелопид.

При полипозном риносинусите снижение показателей Т — клеточного звена (CD3 + , CD4 + — клетки), повышение количества В — клеток с поверхностными иммуноглобулинами и снижение показателя сывороточного IgG отмечены у 30% больных, при этом наблюдались частые инфекции носоглотки и рецидивы образования полипов. Другим аспектом течения полипозного риносинусита является возможность развития инфекционно — аллергических и аллергических заболеваний. У 5 больных отмечалось увеличение в крови количества эозинофилов и повышение сывороточного IgE. В комплексном лечении таких больных необходимо длительно применять задитен, а при необходимости — противовирусные и антибактериальные препараты.

К сожалению, в настоящее время клиническая практика не располагает доступными и достоверными методами исследования клеточного звена системы местного иммунитета носоглотки. Обострения ОРВИ чаще 4 раз в год являются клиническим критерием нарушений системы местного иммунитета. У таких больных мы включали в комплекс лечения курсы интраназального введения миелопида и гомеопатический препарат «Эуфорбиум» (Германия). Предложенная тактика лечения снижает число рецидивов полипозного риносинусита.

## Горо Моги

### ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПОЛОСТИ НОСА

#### Отделение ОРЛ Медицинского университета (Опта, Япония)

Иммунный ответ слизистой оболочки (СО) — наиболее важный компонент ее первой линии обороны, защищающий макроорганизм от инвазии антигенов через поверхность СО. Хорошо известно, что секреторный IgA (SIgA) играет основную роль в иммунологии СО. Иммунная защита СО обеспечивается различными иммунокомпетентными клетками, такими как Т—и В—клетки и клетки, секретирующие IgA. SIgA является доминирующим иммуноглобулином в носовом секрете.

Для того, чтобы уточнить роль иммунной системы СО при хроническом гнойном синусите, было изучено содержание в носовом секрете антител SIgA против различных мембранных белковых антигенов (МБА), таких как поверхностный антигенный белок А и поверхностный адгезин А, продуцируемых *Streptococcus pneumoniae* (Sp) и *Haemophilus influenzae* (Hi) (последний также называют P6). Антитела SIgA против МБА — Sp появлялись в носовом секрете в течение первых 8 лет жизни, причем их уровень повышался и достигал показателя, характерного для взрослого человека, к 15—летнему возрасту. В то же время, активность антител SIgA против P6 оставалась низкой и в 15—летнем возрасте. Бактериологические исследования носового секрета показали, что частота выявления Sp быстро уменьшалась после достижения 8—летнего возраста, однако Hi довольно часто высевалась со слизистой оболочки и в 15 лет. Незрелость антибактериального иммунитета СО может быть одним из причинных факторов при хроническом среднем гнойном отите.

Чтобы детально исследовать механизм иммунного ответа СО носа, мы провели эксперименты на животных. Не имеющие специфических патогенов мыши интраназально иммунизировались МБА—Hi. Титры антиген—специфичного IgA в смывах из полости носа и слюне возрастали, в носовых ходах значительно увеличивалось количество МБА—специфичных IgA—продуцирующих клеток по сравнению с их количеством в легких, парабронхиальных лимфоузлах и селезенке. Эти находки дают основания предположить, что интраназальное воздействие на СО бактериальными антигенами вызывает изолированный иммунный ответ только в полости носа. Были проведены и другие эксперименты. Мышей интраназально иммунизировали пероксидазой хрена (ПХ) вместе с холерным токсином (ХТ) путем закапывания этих растворов в правую ноздрю. В СО иммунизируемой половины полости носа возрастало количество клеток, продуцирующих IgA против ПХ. Эти находки показывают, что четко локализованная индукция иммунного ответа СО, возможно, может стать хорошей стратегией в иммунизации слизистой оболочки против микроорганизмов. Будут обсуждаться и возможности иммунизации СО (оральной или интраназальной) для защиты верхних дыхательных путей от бактериальной инфекции.

М.М.Омеров, А.В.Пидаев, И.П.Игнатонис, А.Г.Балабанцев, М.А.Завалий,  
Д.Ш.Мевлюдова

### НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Крымский медицинский институт им. С.И.Георгиевского (Симферополь,  
Украина)

В последние годы отмечается значительный рост бронхолегочной патологии, особенно бронхиальной астмы, что обусловлено широким распространением заболеваний носа и околоносовых пазух. Вопрос взаимосвязи заболеваний носа, околоносовых пазух и хронической патологии бронхов до настоящего времени изучен мало. Мы обследовали 234 больных, из которых 102 были с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), 101 — с бронхиальной астмой (БА) и 31 больной с хроническим риносинуситом (ХРС). Мужчин было 147, женщин — 87. Возраст больных — от 15 до 65 лет. У 66, 6% больных ХОБ выявлена патология носа и околоносовых пазух. В 54,1% случаев атоническая бронхиальная астма (АБА) возникла на фоне аллергического риносинусита; у 52,3% больных с инфекционно—аллергической бронхиальной астмой (ИАБА) выявлены хронический ринит и синусит, причем у 45% больных диагностировано поражение околоносовых пазух. В клиническом плане сочетанная патология характеризовалась более тяжелым течением и осложнениями, менее длительными ремиссиями и трудностями в проведении этиопатогенетической терапии.

Оценка факторов неспецифической и специфической защиты иммунной реактивности, которые мы определяли в сыворотке крови, содержимом полости носа и околоносовых пазух и бронхиальном секрете, показала, что сочетанная патология также вызывает более выраженные нарушения в иммунной системе. Так, содержание лизоцима в сыворотке крови у больных ХОБ, ИАБА и АБА с сопутствующими хроническими риносинуситами составляло  $3,5 \pm 0,2$ ;  $3,0 \pm 0,1$  и  $4,9 \pm 0,1$  ед. соответственно (норма  $8,3 \pm 0,1$ ); в содержимом носа и околоносовых пазух —  $9,3 \pm 0,1$ ;  $8,1 \pm 0,2$  и  $11,2 \pm 0,1$  ед. (норма  $19,3 \pm 0,2$ ); в бронхиальном секрете —  $5,6 \pm 0,2$ ;  $4,7 \pm 0,1$  и  $7,0 \pm 0,2$  ед. (норма  $15,0 \pm 0,1$ ). Фагоцитарная активность нейтрофилов в сыворотке крови у этих больных была  $36,4 \pm 0,5\%$ ;  $31,2 \pm 0,1\%$  и  $43,2 \pm 0,3\%$  (норма  $68,3 \pm 1,4\%$ ); в содержимом носа и околоносовых пазух —  $39,8 \pm 0,3\%$ ;  $43,2 \pm 0,4\%$  и  $50,1 \pm 0,7\%$  (норма  $57,8 \pm 0,9\%$ ); в бронхиальном секрете —  $28,5 \pm 0,4\%$ ;  $23,5 \pm 0,3\%$  и  $41,4 \pm 0,6\%$  (норма  $61,0 \pm 1,4\%$ ). Снижалось также содержание ЦИК, IgA, T — супрессоров как в сыворотке крови, так и в содержимом полости носа и околоносовых пазух и бронхиальном секрете. Снижение этих показателей было в 1,4—1,6 раза более выраженным, чем при самостоятельном течении ХОБ, ИАБА, АБА и ХРС. Напротив, содержание IgE, B—лимфоцитов и T—хелперов при сочетанной патологии достоверно повышалось как в сыворотке крови, так и в секретах. Так, содержание IgE в сыворотке крови было  $8,9 \pm 0,2$ ;  $10,4 \pm 0,3$  и  $16,4 \pm 0,3$  (норма  $0,4 \pm 0,1$  г/л); в содержимом носа и околоносовых пазух —  $10,7 \pm 0,1$ ;  $11,4 \pm 0,2$  и  $18,4 \pm 0,3$  (норма  $0,3 \pm 0,1$  г/л); в бронхиальном секрете —  $11,4 \pm 0,1$ ;  $13,8 \pm 0,1$  и  $19,8 \pm 0,2$  (норма  $0,6 \pm 0,1$  г/л).

Анализ показателей общих и местных факторов неспецифической и специфической защиты четко характеризует тяжесть заболевания, показывает наличие вторичного иммунодефицита, что может являться дополнительным критерием для установления диагноза, прогноза заболевания и назначения адекватной иммунокорректирующей терапии.

**В.Б.Панкова, С.В.Васильева**

## **ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТАХ**

**Всероссийский НИИ железнодорожной гигиены МПС РФ (Москва)**

Многие формы профессиональной патологии патогенетически связаны с изменением иммунного статуса работающих. К числу таких заболеваний в оториноларингологии, в первую очередь, относятся профессиональные риносинуситы. Поскольку полость носа является первым барьером на пути инспираторного поступления производственных химических веществ в организм, хронические риносинуситы являются наиболее распространенными заболеваниями верхних дыхательных путей у рабочих различных промышленных производств. Частота данной патологии достигает 48 — 54% и несущественно колеблется в зависимости от концентрации в воздухе производственных помещений того или иного ингаляционного агента.

Природа и особенности механизма патогенного действия фактора химической или пылевой природы оказывают выраженное влияние лишь на характер патологического процесса, развивающегося в полости носа. В предыдущих исследованиях было показано, что при воздействии промышленной пыли, в основном, развиваются хронические риносинуситы, обусловленные дистрофическими изменениями в слизистой оболочке различной степени выраженности. При ингаляционном воздействии производственных аэрозолей сенсибилизирующего характера (как полных антигенов, так и гаптенных и гистаминлибераторов), развиваются аллергические риносинуситы.

Однако, в условиях современных производств наблюдается, как правило, полифакторность воздействия, т.е. наличие в воздухе производственных помещений ингаляционных агентов разного спектра действия: прижигающего, токсического, сенсибилизирующего и др. Это обстоятельство обуславливает полиморфизм клинической картины профессиональных риносинуситов и нарушения наряду с общим и местного иммунитета. Изменения регионального иммунного статуса в первую очередь обусловлены угнетением мукоцилиарного клиренса, повышением проницаемости слизистой оболочки и деструкцией покровного эпителия, что проявляется повышением концентрации в носовой слизи сывороточного IgA и SC — компонента других секреторных иммуноглобулинов.

В изучении изменений общей иммунологической реактивности организма у работающих, имеющих профессиональные риносинуситы, важны функциональные показатели состояния и соотношения Т— и В—лимфоцитов, тканевых базофилов, макрофагов, различных медиаторов и лимфокинов. Основой изменения этих иммунологических маркеров являются патофизиологические процессы, развивающиеся, как правило, в ответ на потенцированное или усиленное действие производственного аллергена. Эти процессы включают активную конъюгацию аллергена с белками слизистой оболочки полости носа, образование комплексного антигена (гаптена—носителя), увеличение антигенной нагрузки на организм, развитие аутоаллергических реакций на неспецифическую денатурацию белков и др. Все эти особенности следует учитывать при разработке и проведении лечебно — профилактических мероприятий среди рабочих промышленных производств.

**А.П.Петров, Р.Г.Анютин, П.Г.Петрова**  
**РОЛЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА В ВОЗНИКНОВЕНИИ**  
**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ**  
**ПАЗУХ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА**

**Кафедра ОРЛ Московского медицинского стоматологического института.**  
**Кафедра патофизиологии Якутского медицинского института**

Территория республики Якутия расположена в зоне действия экстремальных природно — климатических факторов. Экстремальные условия Севера компенсируются соответствующим режимом деятельности человека и адаптационными способностями организма. Приспособление организма к экстремальным условиям существования и жизнедеятельности реализуется в пределах адаптационных возможностей. Экстремальные условия внешней среды одинаково воздействуют и на аборигенов, и на приезжих. Между этими двумя группами населения республики существует принципиальное различие, заключающееся в том, что организм жителя Севера развивается в условиях преодоления воздействия таких отрицательных факторов, как долгая зима, низкая температура, сниженное парциальное давление кислорода, полярная ночь и т. п.

Безусловно, среди приезжего населения есть лица, в большей или меньшей степени устойчивые к изменениям среды обитания, быстро и медленно адаптирующиеся к ним. Это объясняется популяционным разнообразием приспособительных возможностей. Особую актуальность в прогнозировании возможностей адаптации организма человека к проживанию в условиях Якутии представляет изучение неспецифической и иммунологической резистентности.

Основное место в структуре заболеваемости республики занимают заболевания органов дыхания, а среди них — воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух. За последние годы они стали чаще встречаться в Якутии. Отмечена тенденция к росту заболеваемости острыми гайморитами и фронтитами, достоверно увеличилось количество больных с хроническими синуситами. Чаще болеют мужчины. Этому способствуют производственные факторы, такие как работа на открытом воздухе в условиях низких температур, пребывание в местах с повышенной пыленностью, загазованностью (горнорудная, золото— и алмазодобывающая промышленность). Более высок уровень заболеваемости околоносовых пазух у приезжего населения. Повидимому, это объясняется адаптацией организма аборигена к проживанию в экстремальных условиях Якутии.

Нами изучены некоторые показатели неспецифической и иммунологической резистентности организма с целью выяснения их роли в процессе адаптации и дезадаптации коренных и приезжих жителей республики к условиям проживания в Якутии. Обследовано 807 жителей центральной Якутии (450 коренных и 357 приезжих), среди них 441 женщина (307 коренных и 134 приезжих) и 366 мужчин (152 и 214 соответственно). Для изучения неспецифических и иммунологических показателей использовались лабораторные тесты. Анализ показателей неспецифической гуморальной резистентности у жителей центральной Якутии показал, что у коренных жителей содержание комплемента, лизоцима и естественных антител выше, чем у приезжих, а у мужчин выше, чем у женщин. То же относится и к содержанию белковых фракций в сыворотке крови. Число лейкоцитов укоренного населения, наоборот, ниже, чем у приезжих. У всех обследованных отмечена довольно низкая бактерицидная активность сыворотки крови.

Исследование иммунологических параметров показало, что у приезжих уровень

иммуноглобулинов основных классов выше, чем у коренных жителей. С увеличением возраста обследованных отмечалось снижение уровня иммуноглобулинов А и М, а также повышение уровня естественных антител и циркулирующих иммунных комплексов, что свидетельствует о снижении иммунологической активности. Полученные данные свидетельствуют о более высокой активности факторов неспецифической резистентности организма у коренных жителей, что отражает особенности приспособительных реакций, обеспечивающих существование людей в конкретных условиях обитания. Метаболические показатели у приезжих характеризуются увеличением количества некоторых иммунодепрессантов, таких, как жирные кислоты и С —реактивный белок. В этих условиях повышенные требования, предъявляемые к неадаптированному или дезадаптированному организму, приводят к развитию воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Полученные данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи между состоянием факторов неспецифической и иммунологической защиты и болезнями носа и околоносовых пазух у коренного и приезжего населения республики, а также полом, возрастом и этнической принадлежностью обследованных. Результаты исследования позволяют обосновать необходимость применения иммунокорректирующей терапии для профилактики и лечения патологии носа и околоносовых пазух в условиях Якутии.

**Т.П.Шелудченко, А.Н.Наумов**

### **ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО И ОБЩЕГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ**

**Отделение ОРЛ Тамбовской областной больницы**

Инфекционно—аллергические риниты (ИАР) остаются одной из актуальных проблем оториноларингологии. Изменения иммунной системы при этом заболевании играют важную роль в понимании патогенеза ИАР. Целью работы было изучение некоторых гуморальных факторов местного и общего иммунитета у больных ИАР.

Исследовались показатели IgA, IgM, IgG, IgE, С — реактивного белка, циркулирующих иммунных комплексов, гемолитической активности комплемента в сыворотке крови и уровни IgE и SIgA в секрете носа. Секрет носа забирали с помощью кусочка поролона размерами 10x10x2 мм, введенного в полость носа. Через 5 минут поролон отжимали между двумя предметными стеклами в сухую пробирку.

Поскольку данные литературы об уровне SIgA и IgE в секрете носа разноречивы, эти параметры измерялись нами в контрольной группе, состоящей из 20 здоровых лиц. Средний уровень IgE в носовой слизи составил 11,0 МЕ/мл, SIgA — 1,6г/л. Проведено клиническое и иммунологическое обследование 28 больных с ИАР (8 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 15 до 54 лет с длительностью заболевания от 1 до 14 лет. Больные с поллинозом в обследуемую группу не включались. Уровни сывороточных IgA, М и G, С — реактивного белка, циркулирующих иммунных комплексов и гемолитической активности комплемента варьировали у больных в пределах физиологической нормы. Наибольший интерес представило изучение уровня IgE и SIgA в секрете носа. Уровень IgE в сыворотке был повышенным у 77% больных (от 25 МЕ/мл до 500 МЕ/мл и выше), что свидетельствует о присутствии аллергического компонента в патогенезе заболевания.

Существует корреляция между повышением уровня IgE в сыворотке крови и в секрете носа: чем выше содержание IgE в сыворотке, тем выше оно и в носовом секрете. Абсолютное значение уровня IgE в секрете в среднем ниже, чем в сыворотке крови.

Отмечено снижение уровня SIgA по отношению к норме у больных с высоким уровнем IgE в сыворотке крови и секрете носа, при этом уровень сывороточного IgA не был понижен. Снижение содержания секретного IgA можно расценивать как состояние вторичного иммунодефицита, требующее коррекции при лечении ПАР.

## **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНИТОВ И СИНУСИТОВ**

### **РААбдурашитов, Р. А. Шарипов ПЕНТОКСИФИЛЛИН В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

**Башкирский государственный медицинский университет (Уфа)**

Топографо- анатомическая близость и функциональное единство полости носа и базальных отделов головного мозга, прежде всего гипоталамуса, обуславливает развитие клинических симптомов ринита на фоне дисфункции вегетативных центров (Д.Г.Шефер, 1972). Вместе с тем, значение риногенной патологии в развитии базальных церебральных процессов достаточно исследовано и обусловлено как тесными неврогенными (афферентно — эфферентными) связями, так и общностью кровотока — и лимфообращения (Н.С.Благовещенская, 1972; В.Т.Пальчун, 1977; R.S.Schultz, 1988).

Проводилось изучение влияния пентоксифиллина (трентала) на церебральную гемодинамику при его внутриносовом введении. Выбор препарата был обусловлен рядом его свойств: дезагрегацией и антикоагуляцией (улучшением микроциркуляции); активацией цитохромферментов (адаптацией ткани к гипоксии); сосудорасширяющим действием (повышением кровенаполнения ткани) (М. Д. Машковский, 1987).

Состояние церебральной гемодинамики оценивалось по данным реоэнцефалографии в бифронтальных и фронтостомоидальных отведениях. Интерпретация показателей проводилась методом контурного анализа кривой с последующей компьютерной обработкой данных. Географическая кривая у больных до лечения во всех случаях характеризовалась уплощенной вершиной, в ряде случаев вершина имела форму «плато», либо была «двугорбой». В большинстве случаев были слабо выражены или отсутствовали инцизура и дикротический зубец, имелись катакротические волны и асимметрия кровенаполнения. Вышеуказанные признаки свидетельствовали о нарушении гемодинамики во всех звеньях сосудистого русла: дефиците пульсового кровенаполнения (форма вершины), микроциркуляции (характер инцизуры и дикротического зубца), венозной дисфункции (катакротические волны), асимметрии кровенаполнения (диссоциация линейных параметров реограммы более 25%).

Методика лечения состояла в следующем: в нижние носовые раковины в возрастающей дозировке вводился пентоксифиллин в дозе от 0,5 до 2,5 мл в течение 8 — 12 сеансов. Комбинированного лечения не проводилось. Контингент обследуемых состоял из 28 больных с клинически установленной нейровегетативной формой вазомоторного ринита.

Проведенные после лечения реографические исследования свидетельствуют о значительном уменьшении дефицита кровенаполнения (статистически достоверное



повышение реографического индекса и снижение асимметрии кровенаполнения), улучшении микроциркуляции и венозного оттока (нормализация параметров катакrotической фазы кривой). Клинически все больные отмечали улучшение общего состояния и уменьшение симптомов ринопатии.

Таким образом, эндоназальное введение пентоксифиллина у больных с нейровегетативной дисфункцией слизистой оболочки носа является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения, что подтверждается как клиническими данными, так и реографическими показателями церебральной гемодинамики.

**А.Г.Балабанцев, В.В.Богданов, М.А.Завалий, С.В.Чернышенко, Л.М.Омерова**  
**ВЛИЯНИЕ МИРАМИСТИНА НА ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ**  
**НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И ИММУННОЙ**  
**РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ**  
**ГАЙМОРИТОМ**

**Крымский медицинский институт им. С.И.Георгиевского (Симферополь, Украина)**

Мирамистин относится к биологически активным препаратам, обладающим как общим, так и местным иммунокорригирующим действием. Мы изучили динамику показателей лизоцима, титра комплемента, функциональной и ферментативной активности лейкоцитов, циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулинов в сыворотке крови и в содержимом верхнечелюстных пазух во время лечения мирамистином. Под нашим наблюдением находилось 78 больных (41 больной — с хроническим гнойным и 37 — с хроническим инфекционно —аллергическим гайморитом), получавших комбинированное лечение с применением мирамистина. Мужчин было 53, женщин — 25. Возраст больных — от 15 до 83 лет. 69 больных, получавших лечение без применения мирамистина, составили контрольную группу.

После пункции верхнечелюстных пазух проводилось их промывание стерильным физиологическим раствором, затем вводилось 5—7 мл 0,05% раствора мирамистина. Пункции проводились через день, всего 3—5 пункций на курс лечения. Клиническая симптоматика у больных, получавших лечение мирамистином регрессировала значительно быстрее, чем при применении обычных методов лечения. У этих больных наблюдалась более выраженная положительная динамика факторов неспецифической защиты и иммунологической реактивности, а также показателей местного иммунитета. Так, содержание лизоцима в сыворотке крови в первой группе к концу лечения повышалось в 1,5—1,6, а в содержимом верхнечелюстных пазух — в 2,1—2,3 раза, соответственно менялись титр комплемента и функциональная активность лейкоцитов. Наиболее патогномоничной оказалась динамика показателей гликогена, пероксидазы, щелочной и кислой фосфатазы. До лечения цитохимический показатель лейкоцитов в содержимом пазух равнялся  $1,4 \pm 0,1$  (норма  $2,3 \pm 0,2$ ), пероксидазы —  $1,6 \pm 0,2$  (норма  $3,3 \pm 0,3$ ), щелочной фосфатазы —  $11,3 \pm 0,3$  (норма  $19,5 \pm 0,4$ ) и кислой фосфатазы —  $224,6 \pm 1,3$  (норма  $73,1 \pm 0,8$ ) единиц.

В результате комбинированной терапии с применением мирамистина у больных при выписке отмечалось повышение концентрации гликогена в 1,8—1,9, пероксидазы — в 2,2 — 2,3, щелочной фосфатазы — в 1,9—2,1 раза и уменьшение активности кислотной фосфатазы в 1,5—1,6 раза. Указанные изменения были более выраженными у больных инфекционно—аллергической формой заболевания. Существенное влияние оказывало

применение мирамистина на дисиммуноглобулинемию и ЦИК. До лечения количество иммуноглобулинов всех классов, кроме IgE, было снижено, особенно в содержимом пазух. ЦИК, наоборот, составляли  $356,1 \pm 1,4$  —  $408,3 \pm 3,4$  ед., что значительно выше нормы. После лечения как в крови, так и в содержимом пазух достоверно повышались IgM и IgG, но особенно заметно увеличивалась активность IgA, который в содержимом пазух достигал  $3,4 \pm 0,1$  г/л (норма  $2,8 \pm 2,9$  г/л). Концентрация IgE и циркулирующих иммунных комплексов уменьшалась.

Полученные данные указывают на то, что местное применение мирамистина оказывает нормализующее влияние на местные и общие показатели неспецифической защиты и иммунной реактивности.

**И.И.Воржева, Б.А.Черняк, Л.С.Ильина**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКОНАЗЕ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОПАТИЙ**

**Иркутский ГИДУВ МЗ и МП РФ**

Проанализирован трехлетний опыт применения интраназального кортикостероидного препарата беклометазона дипропионата — беконазе («Glaxo — Wellcome», Англия) у 72 больных в возрасте от 5 до 63 лет. У 31 пациента диагностирован аллергический круглогодичный ринит (АКР), у 23 — аллергический пылевой ринит (АПР), неатопический полипозный риносинусит (НПР) выявлен у 18 больных. Кроме того, проведено лечение 5 детей (5—8 лет) с тяжелым АКР, сочетающимся с аденоидами 2—3 степени. Для лечения отбирались больные с АР среднетяжелого и тяжелого течения, больные с НПР имели в анамнезе от 4 до 15 полипотомий. В зависимости от формы, степени тяжести заболевания и возраста препарат назначался в суточной дозе от 200 до 800 мкг. Продолжительность лечения варьировала от 3 недель до 4 месяцев с последующим снижением указанных доз в среднем по 100 мкг в 7—10 дней. Достигнутая ремиссия при АКР в случае необходимости поддерживалась интраназальными формами кромогликата натрия.

Оценка эффективности лечения проводилась с учетом динамики клинических, риноскопических, рентгенологических и лабораторных (эозинофилия назального секрета) проявлений заболевания. Выраженность симптомов ринита в процессе лечения оценивалась по четырехбальной шкале и самими больными с помощью дневников самонаблюдений. В целом клинический эффект беконазе мы оценивали как «отличный» при полной редукции симптомов ринита, «хороший» — при сохраняющихся, но слабовыраженных и кратковременных симптомах, «удовлетворительный» — когда отмечалось уменьшение симптомов, однако, сохранялась потребность в дополнительных лекарствах и, наконец, «неудовлетворительный» — при отсутствии положительной динамики заболевания.

Лучшие результаты получены при АПР: в 43,4% случаев отмечен отличный эффект, в 47,8% — хороший, в 8,8% — удовлетворительный. При АКР результаты были близкими к полученным при сезонной форме: у 38,7% больных имелся отличный эффект, у 45,2% — хороший и удовлетворительный — у 12,9% пациентов. Выраженная положительная динамика наблюдалась и у детей: во всех случаях восстановилось носовое дыхание, значительно уменьшились заложенность носа и ринорея, отмечен регресс аденоидной ткани в носоглотке. Хотя у больных НПР результаты лечения и были хуже, чем в предыдущих группах (отличный, хороший и удовлетворительный эффект в 11,1%, 27,8%, 44,4% соответственно), неудовлетворительный эффект препарата отмечен только у 3

человек (16,7%). Лучшие результаты были достигнуты у больных с множественными мелкими полипами и выраженной эозинофилией. Именно в этих случаях наряду с положительной динамикой симптомов ринита отмечалось значительное уменьшение или исчезновение полипов, что предотвращало повторные полипотомии. У пациентов с удовлетворительными результатами лечения сохраняющиеся симптомы стали менее выраженными и резко сократилась потребность в местных вазоконстрикторных средствах. Побочное действие препарата зафиксировано у 5 пациентов (6,4%). В одном случае имела место индивидуальная непереносимость, что послужило причиной его отмены на третий день лечения и у 4 больных (5,1%), принимавших беконазе в дозе 600—800 мкг более месяца, отмечены отеки в области лица. После отмены препарата отечность лица самостоятельно исчезала и не требовала дополнительного лечения. Таким образом, беконазе является эффективным и достаточно безопасным средством лечения среднетяжелых и тяжелых аллергических ринопатий, что позволяет рекомендовать его для более широкого применения в отечественной ринологической практике.

**Г. А. Георгиади, А.Б.Гобеев**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ ДИМЕКСИДОМ В СОЧЕТАНИИ С АНТИБИОТИКАМИ**

**Кафедра ОРЛ Северо-Осетинской государственной медицинской  
академии (Владикавказ)**

Количество гнойных синуситов не только не уменьшается, но отмечается четкая тенденция к его увеличению. Это диктует необходимость поиска новых методов лечения гнойных синуситов. Одним из действенных способов лечения считается местное применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия в сочетании с гормонами, ферментами и другими веществами. При использовании антибактериальных препаратов большое значение придается чувствительности микрофлоры к антибиотикам и особенно уровню концентрации лекарственного препарата в очаге воспаления. В этом плане, по нашему мнению, идеальным препаратом является димексид.

Димексид — уникальный растворитель и транспортер лекарственных средств, он беспрепятственно проникает в слизистые оболочки вместе с растворенными в нем антибиотиками, создавая их высокие концентрации в тканях. Димексид изменяет чувствительность микрофлоры, резистентной к антибиотикам, и тем самым исключает необходимость подбирать соответствующий антибиотик.

Для лечения гнойных синуситов мы применяли 40—50% водный раствор димексида и антибиотики пенициллинового ряда. Концентрацию антибиотиков меняли в зависимости от характера и количества гноя. После предварительного промывания физиологическим раствором в пазуху вводили свежеприготовленный раствор димексида с антибиотиком. Этим методом лечили 86 больных с острыми и хроническими синуситами в возрасте от 15 до 60 лет. Мужчин было 53, женщин — 33. Из общего числа больных у 78 диагностировано поражение верхнечелюстной пазухи, односторонний гайморит — у 53, двусторонний — у 25. Острый гнойный гайморит диагностирован у 39 больных, обострение хронического гайморита — у 21, хронический вне обострения — у 18, гнойный фронтит — у 8 больных, (в том числе 6 с острым и 2 с хроническим процессом).

Из 86 больных, наблюдаемых нами в течении трех лет, повторно обратились только четверо спустя 1,5—2 года после проведенного лечения. Продолжительность лечения у наших больных составила 4 — 5 дней, что дает достаточно большой экономический

эффект. Таким образом, можно рекомендовать предложенный способ для широкого внедрения в практику лечения синуситов.

**Ю.А.Джамалудинов, А.С.Гаджиев, Р.Г.Гаджимирзаева**  
**ПРИМЕНЕНИЕ РИБОМУНИЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ**  
**РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ**  
**РИНОСИНУСИТОМ**

**Республиканская клиническая больница. Центр ринологии (Махачкала)**

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа хронических риносинуситов с вялым, затяжным течением обострений и малой эффективностью антибактериальной терапии. В связи с этим актуален поиск новых, более эффективных средств лечения этого заболевания. Одним из перспективных направлений в этой области является использование иммунокорректоров бактериального происхождения.

Новым шагом в разработке иммунокорректоров бактериального происхождения стало создание рибосомных препаратов, обеспечивающих высокую специфическую и неспецифическую защиту организма от инфекции, так как рибосомы — эффективные иммуногены — содержат все необходимые антитела.

В последние годы хорошо зарекомендовал себя рибосомный препарат рибомунил фирмы «Pierre Fabre» (Франция). Рибомунил состоит из комплекса рибосомальных фракций четырех бактерий, наиболее часто вызывающих инфекции верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы (*Klebsiella pneumoniae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*). Для усиления иммуногенного эффекта рибосом к ним добавлены в качестве адьюванта протеогликаны клеточной стенки *K. pneumoniae*.

Целью нашего исследования являлось изучение действия рибомунила на кратность и продолжительность рецидивов у больных хроническим риносинуситом у рабочих, занятых на производстве стекловолокна. Последнее сопряжено с воздействием на организм аэрозолей замасливателей и пыли самого стекловолокна, обладающих выраженной сенсибилизирующей активностью.

Под нашим наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 18 до 55 лет. Давность заболевания — от 10 до 20 лет. Частота рецидивирования заболевания — более трех раз в год. Рибомунил в виде аэрозоля получали 20 больных, остальные 10 получали плацебо. Наблюдение за больными ведется с 1992 года, ежегодно проводятся профилактические курсы лечения аэрозолем рибомунила. Инсуффляции препарата производились 2 раза в день, утром и вечером: одна разовая доза инсуффлировалась через рот и еще по одной — в каждую ноздрю. Длительность курса лечения составила 10—12 дней.

Сравнивая результаты лечения рибомунилом с эффектом плацебо, удалось отметить влияние рибомунила на частоту и длительность обострений и потребность в курсах антибактериальной терапии. Рибомунил уменьшал частоту и длительность обострений хронического риносинусита. Если до лечения средняя продолжительность обострения составляла 12 дней, то на фоне приема рибомунила она снизилась до 5 дней. У получавших плацебо длительность обострений не изменилась.

Лечение рибомунилом снизило потребность в назначении антибактериальных препаратов при обострениях. Так, при обострении хронического риносинусита до начала лечения рибомунилом потребность в назначении антибиотиков была практически

у всех больных. После начала лечения рибомунилом потребность в антибиотиках отпала у всех больных. На фоне приема плацебо в повторных курсах антибиотикотерапии нуждались 80% больных.

Установлено, что рибомунил оказывает благоприятное влияние на состояние иммунной системы. В основной группе наблюдалось улучшение показателей фагоцитоза, повышение исходно сниженного числа Т — лимфоцитов. В целом способствуя нормализации показателей клеточного звена иммунитета, рибомунил не влиял на содержание иммуноглобулинов сыворотке крови. В процессе лечения рибомунилом изменялся и клеточный состав риноцитограмм, в основном за счет увеличения числа макрофагов. В процессе лечения рибомунилом отмечалась и положительная динамика клинике — рентгенологических данных.

Таким образом, можно сделать вывод, что в арсенале оториноларингологов появился новый высокоэффективный препарат бактериального происхождения для лечения хронического риносинусита, протекающего на фоне иммунодефицита.

**П. ван Каувенберг, Л. Экторс**  
**ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ**  
**ИНФЕКЦИИ**

**Отделение ОРЛ Университетской клиники (Гент, Бельгия)**

Хотя простудные заболевания и являются одними из самых распространенных болезней человека, проведено не так уж много исследований по патофизиологии риновирусной инфекции и ее лечению. Риновирусы, принадлежащие к группе пикорнавирусов, — очень спедифичные микроорганизмы, которые могут вызывать болезнь только у человека и некоторых видов приматов.

В докладе сначала будут представлены результаты исследований, ранее проведенных другими авторами и касающихся антивирусной терапии при экспериментальной риновирусной инфекции. В нашей экспериментальной модели здоровые взрослые мужчины — добровольцы заражались риновирусом типа 39, после чего мы изучали эффект пиридавира (препарата, действующего на пикорнавирус), назначаемого с профилактической целью перед заражением вирусом. Двадцать человек получали активное лечение, а остальные двадцать — плацебо. Ни у кого из этих пациентов не были найдены в крови нейтрализующие антитела против данного вируса.

Отмечена достоверная статистически значимая разница вирусологических параметров между двумя группами. Инфицирование вирусом зарегистрировано у 12 лиц в первой группе и 19 среди тех, кто получал плацебо ( $p=0,02$ ). Средняя продолжительность носительства вируса составила 1,5 дня в первой группе и 4,2 дня во второй ( $p<0,001$ ), сероконверсия отмечена соответственно у 2 и 10 ( $p=0,02$ ). С другой стороны, не было статистически значимых различий в динамике субъективных симптомов, а также таких объективных параметров, как носовое сопротивление, количество носового секрета и тимпанометрия.

На основании проведенных исследований складывается впечатление о возможности воздействия на течение риновирусной инфекции путем назначения препаратов, действующих на пикорнавирус, хотя имеющиеся в наличии препараты и способы их введения не позволяют уменьшить клинические проявления, вызванные вирусной инфекцией. В заключение будет показано положительное действие антигистаминных препаратов на симптомы вирусного ринита, как в экспериментальной модели, так и в клинической практике лечения простудных заболеваний.

**О.В.Кравченко, Г.З.Пискунов**  
**РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ РИБОМУНИЛА В**  
**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

**Отделение ОРЛ Центральной клинической больницы МЦ УД Президента РФ**  
**(Москва)**

Рибомунил представляет собой разновидность бактериальной вакцины, состоящей из фрагментов рибосом четырех видов бактерий (*Klebsiella pneumoniae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* и *Haemophilus influenzae*), наиболее распространенных в респираторном тракте человека, и мембранных протеогликанов неинкапсулированной *Klebsiella pneumoniae*. В данном исследовании рибомунил применялся в таблетированной форме. Исследование проводилось с ноября 1991 по апрель 1992 года. В нем принимало участие 50 человек контрольной группы (20 мужчин и 30 женщин в возрасте от 14 до 60 лет) и 50 испытуемых (17 мужчин и 33 женщины в возрасте от 14 до 60 лет). Исследование выполнялось простым слепым методом. Основной целью являлась оценка эффективности рибомунила у больных с острыми и хроническими ЛОР заболеваниями и определение корреляции между тяжестью заболевания, его природой и эффективностью рибомунила.

Оценка эффективности проводилась по следующим критериям:

- субъективные и объективные клинические проявления заболевания,
- частота острых (или обострения хронических) заболеваний верхних дыхательных путей,
- субъективное отношение пациентов к препарату,
- уровни Т— и В—лимфоцитов и фракций иммуноглобулинов,
- изменения бактериального пейзажа верхних дыхательных путей.

Указанные критерии оценивались непосредственно перед началом лечения, через 3 месяца и через 6 месяцев после начала заболевания. Курс лечения проводился по схеме, рекомендованной сотрудниками компании «Pierre Fabre»:

- первые четыре дня первых трех недель первого месяца — по три таблетки утром натощак,
- первые четыре дня каждой первой недели последующих пяти месяцев — по три таблетки утром натощак.

Таким образом, курс лечения составлял 6 месяцев.

Из 50 испытуемых 5 прекратили свое участие в исследовании: трое не смогли придерживаться схемы лечения по субъективным причинам, одна отмечала диспептические явления на второй месяц применения препарата, еще один прекратил применение препарата без объяснения причины.

Авторы пришли к выводу, что рибомунил оказался наиболее эффективным у больных с частыми острыми (или обострениями хронических) ЛОР заболеваниями с коротким анамнезом и без серьезных осложнений со стороны бронхо—легочной системы (например, аллергический ринит, острый и хронический фарингит, хронический гиперпластический ларингит, хроническая риносинусопатия и др.). У этих больных уровень IgA в результате лечения повышался (секреторного больше, чем сывороточного), уровень IgG снижался, абсолютное и процентное содержание Т —лимфоцитов уменьшалось, а В—лимфоцитов — увеличивалось.

Таким образом, подтверждается эффективность рибомунила у больных с неосложненными и короткотекущими ЛОР заболеваниями. В настоящее время проводится второй этап испытаний, в котором принимают участие 25 пациентов из первого этапа и

25 новых. Испытания были начаты в декабре 1995 года, их планируется закончить к маю 1996 года. Оценка эффективности рибомунила будет проводиться по тем же критериям. Основной целью испытания является определение длительности эффекта действия рибомунила у участвовавших в первом этапе исследования. Результаты будут приведены в докладе.

**В.Я.Кунельская**  
**НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**Городская клиническая больница N31 (Москва)**

В настоящее время грибковые заболевания представляют собой одну из серьезных проблем в оториноларингологии. Увеличение удельного веса микозов связано не столько с повышением уровня диагностики, но и с их несомненным фактическим ростом. Особое внимание привлекают к себе микозы, вызванные условнопатогенными грибами, в первую очередь, дрожжеподобными рода *Candida*. Большое значение этот возбудитель имеет при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух.

Терапия кандидозных поражений носа и околоносовых пазух всегда представляла известные трудности. Нередко даже длительные курсы лечения бывают недостаточно эффективными. При наличии большого количества противогрибковых препаратов появляется возможность для более успешного лечения кандидамикоза. Большинство применяемых средств не являются фунгицидными в истинном смысле этого слова, а обладают только фунгистатическим действием, результатом этого является неполная элиминация возбудителя и рецидивирование микоза.

В лечении кандидозных поражений полости носа и околоносовых пазух нами был использован препарат дифлукан (флуконазол). По своему химическому строению он является представителем нового класса триазольных соединений. Он обладает выраженным фунгицидным действием на грибки рода *Candida*, оказывая специфическое ингибирующее влияние на синтез грибковых стеролов.

Под наблюдением находились 48 больных, из них 36 с заболеваниями околоносовых пазух и 12 с заболеваниями полости носа грибковой этиологии. Течение болезни у всех было длительным, а лечение малоэффективным. Микологическими методами диагноз был подтвержден у всех больных. Возбудителями заболевания были *Candida albicans* (54%), *C. stellatoidea* (28%), *C. brumpti* (12%), *C. intermedia* (3%) и *C. pseudotropicalis* (3%). Длительность заболевания составила от 1 года до 14 лет.

Всем больным проведено общее лечение флуконазолом по разным схемам в зависимости от длительности, распространенности и тяжести грибкового поражения. Длительный период полувыведения флуконазола из плазмы позволяет назначать препарат 1 раз в сутки по 50 мг. У трех больных при кандидозном поражении, ограниченном полостью носа, применили препарат однократно в дозе 150 мг. В целом излечение было достигнуто у 39 (81%) больных. Следует отметить, что при кандидозных поражениях околоносовых пазух терапия бывает эффективной и позволяет избежать хирургического вмешательства.

**А.С.Лопатин**

## **ПРИНЦИПЫ ОБЩЕЙ И МЕСТНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА**

**Отделение ОРЛ Центральной клинической больницы МЦ УД Президента РФ.  
Клинический ринологический центр (Москва)**

Стероидные гормоны в виде аэрозолей, применяемых для инсуффляции в полость носа, зарекомендовали себя как эффективное средство лечения аллергического ринита (N.Mygind, 1973; U.Pipcorn et al., 1985; I.Mackay, 1989 и др.) и полипозного риносинусита (ПРС) (N.Mygind et al., 1975; A.V.Drake-Lee, 1994 и др.). При ПРС местные стероиды являются препаратами выбора, практически единственным средством, позволяющим приостанавливать рецидивирование полипов после хирургического лечения.

Кортикостероидные препараты оказывают противовоспалительное действие в результате ингибирования синтеза лейкотриенов клетками слизистой оболочки и тучными клетками, уменьшают количество тучных клеток и медиаторов, выделяемых ими, а также количество эозинофилов и базофилов в собственной пластинке и в секрете, снижают продукцию IgE клетками слизистой оболочки, а также уменьшают концентрации альбуминов и IgE в носовом секрете, что является показателем стабилизации эпителиального барьера. Кортикостероиды опосредованно уменьшают количество бокаловидных клеток и серозных желез, а следовательно, количество выделяемого ими секрета, снижают чувствительность рецепторов слизистой оболочки полости носа к гистамину и механическим раздражителям. При ПРС местные кортикостероидные препараты замедляют рост полипов в результате ингибирования воспалительного процесса в полости носа и в околоносовых пазухах, оказывают терапевтическое действие на симптомы сопутствующего ринита и, улучшая проходимость полости носа и соустьев околоносовых пазух, предупреждают обострения воспалительного процесса в пазухах.

В России интраназальные стероидные препараты пока малоизвестны. При решении вопроса о назначении кортикостероидов большинство оториноларингологов все еще руководствуется старыми положениями, опубликованными Д.И.Тарасовым и Л.Б.Дайняк в 1975 году, утверждающими, что назначение стероидной терапии при ЛОР заболеваниях в основном малоэффективно и нежелательно.

Нами было проведено исследование эффективности препарата беконазе в профилактике рецидивов хронического синусита после хирургического вмешательства, а также местной и общей стероидной терапии в комплексе с эндоскопической ринопластикой в лечении ПРС, сочетающегося с бронхиальной астмой.

Материал первого исследования составили 30 больных хроническим синуситом, которым была проведена эндоскопическая полисинусотомия. В послеоперационном периоде этим больным назначались инсуффляции беконазе по 50 мкг в каждую половину носа 2 раза в день на срок 6 месяцев с момента операции. Всем больным до и через 6 месяцев после операции выполнялась компьютерная томография, конечный результат лечения оценивался на основании этих данных, а также по следующей схеме:

хороший: отсутствие жалоб у больного, отсутствие обострений воспалительного процесса, полипы не определяются при передней риноскопии (но могут выявляться участки полипоза при эндоскопии околоносовых пазух), нет отрицательной динамики по данным КТ, лечение не требуется;

удовлетворительный: отсутствие жалоб у больного, обострения воспалительного процесса в оперированных пазухах на фоне ОРВИ, мелкие полипы в полости носа,



определяемые при передней риноскопии, но не затрудняющие существенно носовое дыхание, периодически требуется консервативное лечение;

неудовлетворительный: рецидив полипоза или обострение воспалительного процесса в пазухах, требующие реоперации.

Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 12 до 24 месяцев. Хороший результат отмечен у 22 (73%) больных, удовлетворительный — у 8 (27%). Рецидивов синусита зарегистрировано не было.

Лечение ПРС 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, выполненная без соответствующего медикаментозного прикрытия может вызвать обострение бронхиальной астмы. Во — вторых, хирургическое лечение полипоза носа у таких больных, как правило, малоэффективно, и удаление полипов в случаях, когда болезнь протекает на фоне выраженной сенсibilизации и сдвигов 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 ПРС не подлежит хирургическому лечению.

В течение последних двух лет под нашим наблюдением находились 32 больных, у которых ПРС сочетался с бронхиальной астмой или аспириновой триадой в возрасте от 20 лет до 71 года. Среди них мужчин было 20, женщин — 12. Хирургическое вмешательство — эндоскопическую полисинусотомию у этих больных мы всегда выполняли на фоне общей и местной кортикостероидной терапии. Лечение больных проводилось по следующей схеме:

- преднизолон 20 мг в сутки в течение 3 суток до операции;
- эндоскопическая операция на околоносовых пазухах;
- преднизолон 20 мг в сутки в течение 3 суток в раннем послеоперационном периоде;
- беконазе по 50 мкг в каждую половину носа 3 раза в день в течение 6 месяцев после операции.

Отдаленные результаты лечения были прослежены у 20 больных в сроки наблюдения от до 6 месяцев до 3 лет после операции и оценивались по той же схеме. Хороший результат получен у 9 больных, удовлетворительный — у 8, рецидив отмечен у 3 пациентов.

Проведенные исследования демонстрируют высокую эффективность интраназальной стероидной терапии в профилактике рецидивов ПРС. Сочетание местной и общей стероидной терапии и эндоскопической ринохирургии оказывает выраженный лечебный эффект у больных, страдающих бронхиальной астмой и ПРС.

Н.Мигинд

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ И ПОЛИПОЗА НОСА

Университетский госпиталь (Копенгаген, Дания)

**Сезонный аллергический ринит (сенная лихорадка).**

В период появления симптомов при легкой форме клинического течения:

- пероральный прием неседативных блокаторов H<sub>1</sub>— гистаминовых рецепторов;
- или топические антигистаминные средства или кромогликат натрия в глаза и в

нос;

- или комбинация топических и пероральных форм этих препаратов. При рините средней тяжести с выраженными глазными симптомами:

- ежедневный пероральный прием неседативных H<sub>1</sub>—блокаторов;
- или интраназальные кортикостероиды и антигистаминные и кромогликат натрия в глаза.

При средней степени тяжести с выраженными носовыми симптомами:

- интраназальные стероиды ежедневно 4- антигистаминные препараты или кромогликат натрия в глаза.

Если перечисленное выше неэффективно — консультация специалиста и дальнейшее обследование и лечение включающие исследование носа, аллергологические тесты, дополнительную фармакотерапию (например, пероральный прием кортикостероидов) и, возможно, иммунотерапия.

**Круглогодичный аллергический ринит у взрослых - избегать контакта с аллергенами.**

Легкая форма с непостоянными клиническими проявлениями:

- пероральный прием неседативных H<sub>1</sub>—блокаторов 4- при необходимости прием пероральных деконгестантов.

При средней степени тяжести и постоянном контакте с аллергеном:

- интраназальные кортикостероиды.

**Круглогодичный аллергический ринит у детей**

- избегать контакта с аллергенами и раздражителями (например, пассивного курения) .

- интраназальный аэрозоль кромогликата натрия;

- ежедневный пероральный прием H<sub>1</sub>— блокаторов;

— местные кортикостероиды, если перечисленное выше неэффективно или в случаях постоянного контакта с аллергеном.

**Круглогодичный неаллергический ринит.**

С небольшой ринореей:

- интраназальные кортикостероиды, если они неэффективны, — короткий пероральный курс кортикостероидов или пероральные деконгестанты.

С выраженной ринореей:

- интраназальные антихолинэргические препараты (ипратропиума бромид).

**Полипоз носа.**

1—2 стадия: интраназальные кортикостероиды.

3 стадия: короткий курс пероральной кортикостероидной терапии и интраназальные кортикостероиды.

Если терапия неэффективна — хирургическое лечение

Приведенные рекомендации даны в соответствии с V J.Lund et al. International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis (Allergy. — 1994. — Vol. 49,

**Н.И.Муратов, И.В.Горбонос**  
**ВЛИЯНИЕ БЕНЗОФУРОКАИНА НА РЕПАРАТИВНЫЕ  
ПРОЦЕССЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ НОСА И НА  
ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ**

**Кафедра ОРЛ Кубанской государственной медицинской академии (Краснодар)**

Для изучения влияния бензофуурокаина — нового препарата, стимулирующего заживление ран, — на репаративные процессы в полости носа, его применяли у 40 больных после подслизистой резекции носовой перегородки и у 23 больных после операции на верхнечелюстной пазухе. Препарат назначали по 10 мл 1% раствора внутримышечно 2 раза в сутки, начиная со дня операции. Контрольную группу составили 40 больных. Выраженность реактивных явлений и ход заживления операционной раны оценивали по данным риноскопии, динамике температуры тканей на месте вмешательства и по срокам восстановления проходимости носовых ходов, которую определяли методом ринопневмотахометрии.

На 3 день после операции на носовой перегородке у 14 из 40 больных (35%), получавших бензофуурокаин, наблюдался незначительный отек слизистой оболочки полости носа и нижних носовых раковин, у 20 (50%) он был умеренным и у 6 (15%) — сильным. В контрольной группе незначительный отек был у 1 из 20 больных (5%), умеренный — у 6 (30%) и сильно выраженный — у 13 (65%). У больных основной группы отечность исчезала раньше, чем в контрольной группе. На второй день после вмешательства на верхнечелюстной пазухе у 6 из 12 больных контрольной группы был отмечен выраженный отек тканей щеки и век, у 11 человек отек был умеренным, и у 3 больных отека не было. У большинства больных отек исчез на 4 день, за исключением 4 больных, у которых он сохранялся до 6 дня. Из 23 больных, получавших бензофуурокаин, отека тканей не было у 9, а у 14 отек был умеренным и исчез на 3 день после операции.

По данным ринопневмотахометрии, в основной группе носовое дыхание улучшалось на 4 день (проходимость носовых ходов составила 0,4—0,5 л/с) а к 7 дню дыхание становилось практически свободным (0,8 л/с). В контрольной группе носовое дыхание улучшалось на 5 день и нормализовалось к 12—14 суткам после подслизистой резекции перегородки носа. После операции Калдвелла—Люка на 4 и 5 день проходимость носовых ходов в основной группе была достоверно большей, чем в контрольной. На 3 день после резекции носовой перегородки повышение температуры слизистой оболочки передне — нижнего отдела носовой перегородки было достоверно более выраженным в контрольной группе. В основной группе температура быстрее снижалась до нормальных цифр.

Таким образом, применение бензофуурокаина после подслизистой резекции носовой перегородки и операции Калдвелла—Люка уменьшает реактивный отек и местную гиперемию тканей и приводит к более быстрому восстановлению носового дыхания.

**Н.М.Ненашева**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО МЕСТНОГО ГЛЮКОКОРТИКОИДА ФЛИКСОНАЗЕ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА**

**Кафедра клинической аллергологии Российской медицинской академии  
последипломного образования (Москва)**

Эпидемиологические исследования аллергических ринитов свидетельствуют о росте заболеваемости за последние 20—30 лет. Международное соглашение по диагностике и терапии ринитов (1994) предлагает рассматривать терапевтические возможности аллергического ринита с точки зрения современного понимания воспалительной природы этого заболевания. Наиболее эффективным противовоспалительным средством являются кортикостероидные препараты и, в частности, наиболее приоритетные и безопасные из этой группы — местные глюкокортикоиды, которые используются в терапии аллергических ринитов более 30 лет.

Целью настоящего открытого несравнительного исследования являлась оценка клинической эффективности применения нового местного глюкокортикоидного препарата флутиказона пропионата (Flixonase, Glaxo—Wellcome) в форме водного назального спрея у 14 больных сезонным и 16 больных круглогодичным аллергическим ринитом. Фликсоназе назначали всем больным в период манифестированных проявлений ринита по 100 мкг (2 инсуффляции) в каждую половину носа 1 раз в день утром, то есть по 200 мкг в сутки. Курс лечения составил для больных сезонным ринитом 4 недели, а для пациентов с круглогодичным ринитом — 5 недель. Оценку эффективности препарата проводили по динамике клинических проявлений и риноскопической картине.

На момент включения в исследование 8 больных сезонным и 9 больных круглогодичным ринитом имели выраженные проявления болезни, у остальных степень выраженности ринита была умеренной. Отчетливая положительная динамика проявлений сезонного ринита на фоне применения флутиказона у 51% больных (8 пациентов) наблюдалась на 4—5 день лечения. В отличие от больных сезонным ринитом, у пациентов страдающих круглогодичным ринитом, положительная динамика в течении болезни на фоне лечения флутиказоном проявлялась постепенно, в основном к концу 2 и 3 недели лечения.

Применение фликсоназе у больных сезонным аллергическим ринитом привело к отличному результату у 92% (12) больных, у 8% эффект был хорошим, еще у одного — удовлетворительным, и у одного больного применение фликсоназе оказалось неэффективным. Базальный уровень кортизола плазмы у 9 больных до лечения флутиказоном ( $535,1 \pm 105$  нмоль/л) был в пределах нормальных величин, после окончания курса лечения уровень кортизола у этих больных несколько повысился ( $619 \pm 77,4$  нмоль/л), но также в пределах нормальных показателей, то есть флутиказона пропионат в суточной дозе 200 мкг ни в коей мере не влияет на функцию системы гипоталамус — гипофиз — надпочечники.

Таким образом, флутиказон пропионат (Flixonase, водный назальный спрей) является высокоэффективным противовоспалительным средством для лечения ринитов с выраженными и умеренно выраженными симптомами, обладая пролонгированным терапевтическим действием и хорошей переносимостью.

**Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов, С.П.Разиньков, Ф.Н.Завьялов, П.В.Калуцкий,  
Л.Н.Ерофеева, С.В.Казначеева, Н.Н.Новикова, Т.Н.Коробова,  
Т.Е.Мыльченко.**

## **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОКТЕНИСЕПТА В РИНОЛОГИИ**

**Центральная клиническая больница МЦ УД Президента РФ (Москва).**

**Курский государственный медицинский университет**

При остром и хроническом воспалении слизистой оболочки околоносовых пазух наибольший лечебный эффект достигается при местном введении лекарственных препаратов. Для этого используют антибиотики широкого спектра действия, которые нередко назначают без учета чувствительности микрофлоры к антибиотикам, что приводит к ряду неблагоприятных последствий. Поэтому лечение антибактериальными препаратами целесообразно начинать до получения результатов бактериологического исследования.

Одним из таких препаратов является октенисепт (фирма "Schulke und Mayr", Германия). Октенисепт — антисептик для слизистых оболочек. Он подавляет грамположительные и грамотрицательные бактерии, хламидии, микоплазму, грибки, простейшие, вирусы простого герпеса, ВИЧ и гепатита В. Воздействие его, начинающееся через минуту, сохраняется в течение одного часа. Не наблюдается снижения активности препарата в присутствии гноя или других биологических жидкостей. Октенисепт не оказывает тератогенного, канцерогенного, мутагенного и эмбриотоксического действия, не всасывается через поврежденную и неповрежденную кожу или слизистую оболочку. Препарат весьма эффективен даже в очень низких концентрациях. Применение октенисепта в медицинских целях разрешено Государственным фармацевтическим комитетом решением N 211-7701-185 от 17.05.94.

С целью оценки возможности использования октенисепта в качестве лечебного средства в ринологической практике мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Изучить влияние октенисепта на двигательную активность мерцательного эпителия.
2. Исследовать антибактериальную активность октенисепта в отношении наиболее часто выявляемых при воспалительных процессах в околоносовых пазухах микроорганизмов.
3. Оценить эффективность октенисепта в клинической практике.

**Материал и методы.** Влияние октенисепта на транспортную функцию мерцательного эпителия и подбор его концентрации, которая не угнетала бы двигательную активность мерцательного эпителия, нами изучены в эксперименте на эпителии пищевода лягушки. Методика эксперимента подробно описана в работах Г.З.Пискунова (1984) и С.З.Пискунова (1986). Для исследования использовали стандартный раствор октенисепта и его разведения дистиллированной водой в соотношениях 1:2, 1:3, 1:4, 1:6 и 1:8. Во второй серии опытов для повышения вязкости раствора октенисепта в него добавляли синтетический полимер метилцеллюлозу.

Антибактериальная активность октенисепта была проверена методом диффузии в агар. Исследованы наиболее часто высеваемые при воспалительных процессах микроорганизмы. Октенисепт взят в различных разведениях с водой и с добавлением полимера. Из раствора в специальном цилиндре октенисепт дифундировал в агар и угнетал рост тестируемого микроорганизма. Диаметры зон угнетения роста при помощи

соответствующих приборов измерялись с точностью до 0,1 мм.

В клинике у 10 больных с обострением хронического гнойного гайморита проведено лечение октенисептом на полимерной основе. Больному производилась пункция и дренирование верхнечелюстной пазухи. При аспирации из пазухи брали гной для определения в нем вида бактериальной флоры. Затем пазуху промывали физиологическим раствором и в ее полость вводили 3 мл раствора октенисепта. Через 1, 3, 6 часов производили повторные заборы содержимого пазухи для бактериологического исследования. Посевы проводили на кровяной агар и на среду обогащения (сахарный бульон).

**Обсуждение результатов.** Исследование влияния октенисепта на двигательную активность мерцательного эпителия показывает, что водные растворы октенисепта в разведениях 1:2, 1:3 и 1:4 парализуют двигательную активность мерцательного эпителия. Водные растворы 1:6 и 1:8 движение ресничек не угнетают. Полимерные же растворы в разведении 1:3 и 1:4 угнетают двигательную активность мерцательного эпителия, но не парализуют ее. Высокая антибактериальная активность октенисепта отмечена во всех разведениях. Наибольшая зона задержки роста отмечена при воздействии на микроорганизмы водного раствора октенисепта 1:4.

При обострении хронического гайморита у 10 больных во всех случаях была выделена различная микрофлора, в основном различные штаммы стафилококка. Уже через час у 3 больных роста микрофлоры в содержимом пазухи не было обнаружено, у 6 больных отмечен рост только в среде обогащения. Через три часа после начала лечения в среде обогащения микрофлора обнаружена только в 2 случаях, на обычной среде роста не было. Через 6 часов ни у одного из больных в содержимом пазухи не были обнаружены микроорганизмы при посевах на обычную и обогащенную среды. У всех больных наступило клиническое выздоровление без применения антибиотиков.

Таким образом, проведенные экспериментальные и клинические наблюдения подтвердили, что октенисепт в разведении дистиллированной водой 1:4 с добавлением полимера может быть успешно использован для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Добавление синтетических полимеров уменьшает токсическое воздействие препарата на мерцательный эпителий, повышает вязкость препарата удлинняет время контакта лекарственного вещества со слизистой оболочкой. Следует продолжить изучение эффективности октенисепта, используя его различные концентрации в лечении различных нозологических форм, сопровождающихся воспалением слизистой оболочки.

**С.В.Рязанцев**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОГО АНТИБИОТИКА БИОПАРОКС В РИНОЛОГИИ**

**Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи**

Ингаляционный антибиотик биопарокс разработан и выпускается французской фармакологической компанией "Servier". Благодаря сочетанию свойств местного антибактериального и противовоспалительного действия, а также способности диффузии аэрозольных частиц на всем протяжении слизистой оболочки респираторного тракта, биопарокс обладает удвоенной эффективностью при лечении воспалительных заболеваний всех отделов дыхательных путей — от риносинуситов до бронхитов. Единственной активной субстанцией в составе биопарокса является фузафунгин, обладающий бактериостатической активностью в отношении большинства грамположительных кокков,

в особенности пневмококков, одного из основных этиологических факторов синуситов. Биопарокс не содержит ни вазоконстрикторов, ни кортикостероидов, которые воздействуют на цилиарный эпителий, осуществляющий барьерную функцию. С другой стороны, биопарокс не вызывает зависимости и ребаунд-эффекта.

Целью нашего исследования явилось изучение действия биопарокса при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух у 116 больных. Помимо обычного оториноларингологического осмотра в план исследования были включены некоторые дополнительные инструментальные и лабораторные исследования — микрориноскопия эндоскопами производства "Karl Storz" (Германия), видеостробоскопия прибором фирмы фирма «Atmos» (Германия), клинические и биохимические исследования крови, микробиологические и иммунологические исследования.

При лечении острых инфекционных ринитов (42 больных), благодаря сочетанному антибактериальному и противовоспалительному эффекту, биопарокс с первых часов приема уменьшал носовую обструкцию и насморк. Вследствие этого стало возможным ограничить воспалительный процесс в его начальной стадии и предупредить распространение инфекции в нижележащие отделы респираторного тракта. При острых респираторно — вирусных заболеваниях и гриппе биопарокс, как бактериостатический антибиотик местного действия, проявляет активность в отношении вторичной бактериальной флоры и влияет на клетки, обеспечивающие первую линию обороны слизистой от бактериальной и вирусной инфекции, в частности повышение активности натуральных цитотоксических клеток. Отмечен определенный положительный эффект биопарокса и при аллергических ринитах (14 больных), что связано с противовоспалительным действием препарата. Быстрое уменьшение активности воспалительного процесса на фоне терапии биопароксом было продемонстрировано и при лечении синуситов (31 больной). Основным преимуществом биопарокса в лечении синуситов является то, что микродисперсный состав аэрозоля обеспечивает поступление лекарственной субстанции в наиболее труднодоступные полости, каковыми являются околоносовые пазухи.

Нами было также исследовано действие биопарокса при эндоназальных оперативных вмешательствах — операции на носовой перегородке, конхотомии, полипотомии, ультразвуковой дезинтеграции носовых раковин (29 больных). Применение препарата за 2 дня до эндоназального оперативного вмешательства и в течение 3 дней после операции (удаление носовых тампонов) позволило значительно уменьшить явления послеоперационного воспаления — гиперемии и отека слизистой оболочки, патологических выделений и корок. При использовании биопарокса значительно раньше восстанавливалась носовая проходимость и обонятельная функция.

Таким образом, биопарокс может быть рекомендован для применения в клинической ринологии как уникальный аэрозольный антибиотик, обладающий широким спектром антибактериальной активности и противовоспалительным действием.

**Л.Г.Сватко, В.Н.Цыбулькина, И.А.Студенцова, В.В.Рафаилов**  
**ПРИМЕНЕНИЕ ДИМЕФОСФОНА В ЛЕЧЕНИИ**  
**ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Казанская государственная медицинская академия.**

**Казанский государственный медицинский университет**

В последние годы все больше внимания уделяется иммунологической роли носоглоточной миндалины (М.И.Волошук и соавт., 1989; А.С.Юнусов и соавт., 1988; С.Л.Трофименко, 1995), в связи с чем диктуется необходимость бережного отношения к лимфатическому глоточному кольцу и сужению показаний к хирургическому лечению у таких больных. В лечении хронических аденоидитов нами был применен новый отечественный препарат димефосфон, синтезированный в институте органической и физической химии им. А.Е.Арбузова Казанского филиала РАН. Как показали экспериментальные и клинические исследования, димефосфон обладает бактериостатическим и противовоспалительным действием, оказывает иммуностимулирующий эффект и улучшает регионарное кровообращение (И.А.Студенцова и соавт., 1984; 1988; Н.Н.Амерханова и соавт., 1985; Л.И.Аничкова и соавт., 1980 и др.).

Под наблюдением находились 25 детей в возрасте от 2 до 11 лет с диагнозом хронический аденоидит. Применялся 10% раствор димефосфона в виде носовых капель и носового душа. Производился массаж аденоидных вегетаций ватным тампоном, смоченным в растворе этого препарата. Кроме того, больные получали 15% раствор димефосфона внутрь в возрастной дозировке и общую десенсибилизирующую терапию. Всем больным проводилась передняя и задняя риноскопия. У части больных осмотр носоглотки осуществлялся с помощью эндоскопов фирмы «Karl Storz» с углами зрения 0° и 30°.

Обследование включало определение транспортной, выделительной и дыхательной функций носа. Проводилась тональная аудиометрия и ушная манометрия по Воячеку при нарушении функции слуховых труб. Перед началом лечения выполнено цитологическое исследование мазков — перепечатков, а также бактериологическое исследование отделяемого из носоглотки, при этом у 8 больных высеян золотистый стафилококк, а в 3 случаях — гемолитический стрептококк. У 12 больных было проведено иммунологическое обследование: количественное и качественное определение Т— и В—лимфоцитов, а также количества сывороточных и секреторных иммуноглобулинов — IgA, IgM и IgG по соответствующим методикам.

При осмотре определялось обильное слизистое или слизисто — гнойное отделяемое в задних отделах нижних носовых ходов и в носоглотке. Отмечены гиперплазия носоглоточной миндалины I и II степени, а также признаки ее воспаления в виде отека, гиперемии, гнойных налетов и нагноившихся субэпителиальных фолликулов. Все больные хроническим аденоидитом, получавшие лечение димефосфоном, находились под наблюдением в течение 6 месяцев. Непосредственные результаты лечения оценивались по данным повторных осмотров, а также по результатам повторного иммунологического и бактериологического исследования. Установлено выраженное противовоспалительное действие димефосфона при местном применении, а также его иммуностимулирующий эффект по отношению к клеточному звену иммунитета. Выздоровление наступило у 18 больных (72%), улучшение (нормализация отдельных параметров) — у 4 больных (16%). В 3 случаях димефосфон оказался неэффективен. Этим больным впоследствии была произведена аденотомия.



Доступность и простота применения позволяют рекомендовать димефосфон для широкого использования в детской оториноларингологии при лечении хронических аденоидитов.

**С.Л.Трофименко**

## **К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛИПОЗНОЙ РИНОСИНУСОПАТИИ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОЙ ТРИАДЕ**

**Кафедра ОРЛ Ростовского государственного медицинского университета**

Рецидивирующий полипоз носа — одна из нерешенных проблем оториноларингологии. Наиболее тяжело протекает это заболевание в тех случаях, когда оно является компонентом астматической триады (АТ), включающей в себя полипозную риносинусопатию (ПР), бронхиальную астму и непереносимость аспирина. Этиология и патогенез этого заболевания до сих пор остаются невыясненными. Большинство исследователей (Т.Jung et al., 1987; Т.Yamashito et al., 1989; Н.Stammberger, 1992; Drake-Lee, 1994) считают, что в развитии АТ имеет значение нарушение метаболизма арахидоновой кислоты, ингибируемого аспирином, с накоплением вследствие этого высокомолекулярных лейкотриенов и других метаболитов арахидоновой кислоты. Последние вызывают дегрануляцию тучных клеток с мощным выбросом медиаторов воспаления и активацию эозинофилов. Освобожденный из эозинофилов крупнодисперсный эозинофильный протеин, в свою очередь, усиливает каскад патофизиологических изменений в виде вазодилатации, повышения проницаемости сосудистой стенки, спазма гладкой мускулатуры, токсического действия на нервные окончания и на сосудистую ткань. Результатом этого процесса является развитие отека стромы слизистой оболочки, ее фиброза и воспаления. Создается порочный круг: каждый рецидив полипов и каждое последующее хирургическое вмешательство нарушают метаболизм арахидоновой кислоты и увеличивают количество дегранулирующих эозинофилов.

Из обследованных нами за 3 года (1993—1995) 214 больных хронической ПР АТ выявлена у 43 (20,1%). Возраст больных — от 18 до 67 лет, из них женщин — 29, мужчин — 14. Рентгенологически у всех больных определялись признаки гиперпластического пансинусита. У 3 больных ранее после хирургического вмешательства в полости носа и на околоносовых пазухах наблюдалось резкое ухудшение в течении бронхиальной астмы вплоть до развития астматического статуса, что потребовало реанимационных мероприятий. 13 пациентов с тяжелым течением бронхиальной астмы были гормонозависимыми и постоянно принимали кортикостероиды перорально. Гистологическое исследование полипов, удаленных у больных с АТ, выявило во всех случаях значительную клеточную инфильтрацию с преобладанием эозинофилов, лимфоцитов и плазматических клеток, изменение стенок сосудов, отек собственного слоя слизистой оболочки носа и диффузный фиброз стромы.

С учетом предполагаемого патогенеза, обнаруженных морфологических изменений в сосудах и известного механизма действия кортикостероидов мы широко используем местное применение кортикостероидов в виде инъекций в ткань полипа суспензии гидрокортизона или кеналого и аэрозольной терапии бекламетазоном (бекотид, беконазе) или флутиказоном (фликсодид, фликсоназе). Анализ клинических наблюдений свидетельствует об эффективности внутриполипного введения кортикостероидов во время обострения ПР при АТ курсами в течение одного и более месяцев. Топическое применение кортикостероидов позволило избежать их перорального назначения у 9 больных.

**Б.В.Шеврыгин, Н.Б.Кувшинова, Р.П.Нарциссов**  
**НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА**  
**У ДЕТЕЙ**

**Кафедра детской ОРЛ Российской медицинской академии постдипломного образования.**

**Лаборатория цитохимических исследований института педиатрии Российской АМН (Москва)**

С целью повышения эффективности лечения вазомоторного ринита (ВР) многочисленные исследователи делали попытки выявить специфические аспекты патогенеза этого заболевания, изучая структурно — функциональные особенности слизистой оболочки носа, иммунную систему, вегетативную нервную систему, обмен биогенных аминов. При этом подход к лечению был основан на воздействии на уровне отдельных систем организма: иммунной, вегетативной, сосудистой, эндокринной. Несмотря на большое количество предложенных методов, терапия ВР ринита у детей до настоящего времени остается недостаточно эффективной. При попытке разработать новый подход к лечению ВР у детей, мы исходили из того, что адаптационно — компенсаторные возможности слизистой оболочки носа тесно взаимосвязаны с ее энергообеспечением.

Ранее проведенный нами количественный цитохимический анализ активности ключевого фермента внутриклеточного энергетического обмена сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и маркера челночного механизма альфа—глицерофосфатдегидрогеназы (АГФДГ) в лимфоцитах периферической крови выявил дисбаланс внутриклеточных окислительно — восстановительных процессов при нейровегетативной и аллергической формах ВР у детей (Б.В.Шеврыгин, Н.Б.Кувшинова, 1991). С целью модуляции энергетического обмена клеток при ВР мы применили комплекс препаратов — коферментов цикла Кребса и дыхательной цепи — тиаминпирофосфат, рибофлавина мононуклеотид, липоевую кислоту и пантотенат кальция (Н.Б.Кувшинова, 1991). Действие этих препаратов — синергистов в случае хорошего эффекта приводило к восстановлению нормального уровня активности ферментов СДГ и АГФДГ, к достаточно высокому разнообразию клеток и оптимальному соотношению различных метаболических пулов в популяции лимфоцитов.

Проанализированы результаты лечения 121 ребенка в возрасте от 4 до 15 лет. Положительный результат лечения после первого курса отмечен у 87,5% больных с нейро — вегетативной формой, у 69% больных с круглогодичной и у 80% больных с сезонной формой аллергического ринита. Улучшение клинического состояния больных подтверждено функциональными и цитохимическими исследованиями. Улучшался внутриклеточный энергетический обмен, восстанавливалась дыхательная функция носа и мукоцилиарный транспорт слизистой оболочки носа. Предлагаемый патогенетически обоснованный способ лечения ВР у детей является эффективным, не обладает побочным действием, атравматичен, позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях без применения специальной аппаратуры, что делает его доступным и дешевым.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**А.Н.Александров, М.С.Плужников, А.В.Червинская**  
**БРОНХИАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ В РИНОХИРУРГИИ**

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П.Павлова.**

**Клинический научно-исследовательский респираторный центр.**

Бронхолегочные осложнения после ринохирургических вмешательств встречаются достаточно часто и служат предметом постоянного изучения. Целью настоящего исследования явилось изучение степени риска развития легочных заболеваний у больных, которым планировались ринохирургические вмешательства, и выяснение возможности применения ингаляций сухого аэрозоля хлорида натрия и галотерапии (ГТ) для профилактики этих осложнений.

Обследовано 306 больных, 199 из них с вазомоторным ринитом (ВР), 49 с аллергическим ринитом (АР), контрольную группу составили 58 здоровых лиц. Всем обследованным проводились ингаляционные провокационные пробы с ацетилхолином (АХ) и холодным воздухом (Х). Параллельно обследовано 40 больных, получавших курс ГТ. Последним проводились ингаляционные, бронхоспазмолитические и провокационные пробы до и после лечения.

Положительные реакции на пробы с АХ получены у 34,5% здоровых, у 33,2% больных с ВР и у 57,1% больных с АР. Положительные реакции на Х получены у 29,3% здоровых лиц, у 41,2% больных с ВР и у 55,1% больных с АР. Результаты ингаляционных проб после курса ГТ показали, что у 28 пациентов (67,5%) отмечена положительная динамика состояния бронхиальной реактивности.

Высокий процент больных с бронхиальной гиперреактивностью является серьезным предупреждением для оториноларингологов и требует тщательного предоперационного пульмонологического обследования практически у всех пациентов, подлежащих ринохирургическому лечению. Высокая эффективность ГТ свидетельствует о том, что метод может широко применяться в оториноларингологической практике не только для лечения патологии верхних дыхательных путей, но и как способ предоперационной подготовки.

**Е.В.Борзов, С.Б.Лопатин**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ МЕТОДОМ  
КОМПЬЮТЕРНОЙ ПНЕВМОТАХОМЕТРИИ**

**Кафедра ОРЛ Ивановской государственной медицинской академии**

Проблема объективизации результатов исследования носового дыхания сохраняет свою актуальность до настоящего времени. Большинство существующих методов имеют существенные недостатки, связанные в основном с субъективностью оценки, малой информативностью и техническим несовершенством. Отсутствие серийно производимых приборов, удовлетворяющих соответствующим требованиям, побуждает оториноларингологов обращаться к опыту других специалистов. В пульмонологии для исследования функции внешнего дыхания уже давно используется метод

пневмотохамерии. Форсированные пробы с последующим анализом потоковых показателей дают подробное представление об изменении скорости воздушного потока во времени. Использование компьютерного анализа получаемых результатов расширяет возможности данного метода.

Дыхательная функция носа исследовалась нами методом форсированного дыхания на аппарате «Пневмоскрин — П» фирмы «Егер». При помощи ЭВМ оценивались следующие показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), пиковая объемная скорость выдоха (ПОС), максимальные объемные скорости выдоха на уровне 25%, 50% и 75% ФЖЕЛ (МОС 25%, МОС 50%, МОС 75%). С помощью специальной приставки (модифицированная ингаляционная маска) обеспечивался доступ воздушного потока из полости носа в приемную трубку пневмотахометра. На первом этапе исследование проводилось стандартным способом — выдох через рот, после чего делалась заключение о состоянии бронхолегочной системы. Последующее исследование проводилось аналогично, но форсированный выдох производился через нос. Полученные результаты регистрировались как в абсолютных цифрах (л и л/с), так и в относительных (% по отношению к нормальным показателям, рассчитанным компьютером в зависимости от пола, возраста, роста и веса исследуемого), а также могли быть представлены графически.

Под наблюдением находилось 30 больных с различной патологией полости носа, сопровождающейся затруднением носового дыхания. Контрольную группу составили 30 человек, не имеющих патологии ЛОР—органов и не предъявлявших жалоб на затруднение носового дыхания. Все обследованные были в возрасте от 18 до 50 лет. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что наиболее информативными показателями для оценки респираторной функции носа являются ОФВ1, ПОС, МОС 50%, МОС 75%. Статистическая обработка полученных результатов позволила установить границы нормальных значений для каждого показателя. Проведение компьютерной пневмотахомерии после корригирующего лечения выявило прямую взаимосвязь между субъективными изменениями носового дыхания и динамикой изучаемых показателей.

Предложенный способ отличается простотой, информативностью и точностью получаемых результатов. Наличие пневмотахометров в любом отделении функциональной диагностики позволяет обойтись без приобретения специальной дорогостоящей аппаратуры для измерения носового дыхания.

**В.П.Быкова, А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов, Г.П.Сатдыкова**  
**УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКРОВНОГО**  
**ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ПРИ**  
**ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ**

**Клинический ринологический центр. Московский НИИ уха, горла и носа.**  
**Институт биологии развития (Москва)**

Как показали светооптические исследования, покровный эпителий слизистой оболочки носа при хронических риносинуситах обнаруживает широкий диапазон морфологических изменений реактивного порядка, начиная от гиперсекреции с увеличением числа бокаловидных клеток до слущивания эпителиоцитов, обнажения базальной мембраны и развития регенерационной бластемы. В процессе регенерации отмечаются участки плоскоклеточной метаплазии респираторного эпителия в эпителий переходного типа и в многослойный плоский. Эти наблюдения свидетельствуют о

высокой пластичности многоядного мерцательного эпителия респираторного типа, однако, тонкие механизмы этих структурных преобразований и, в частности, пути дифференцировки и источники формирования высокоспециализированных эпителиоцитов — реснитчатых и бокаловидных клеток — не могут быть точно определены на уровне световой микроскопии. Понимание этих вопросов важно для оценки состояния мукоцилиарного клиренса у больных хроническими риносинуситами.

В настоящем исследовании представляются результаты электронномикроскопического исследования 22 образцов слизистой оболочки носа, полученных в ходе эндоскопических хирургических вмешательств у больных хроническими риносинуситами. При анализе полученных электроннограмм монтировали панорамное изображение разных участков эпителиального покрова, выделенных на полутонком срезе, что позволяло оценить гистологические отношения клеток в пласте на ультраструктурном уровне, а также уточнить ультраструктурную организацию отдельных клеток на разных этапах их дифференцировки.

В результате проведенного исследования установлено, что реснитчатые и бокаловидные клетки как высокоспециализированные клетки респираторного эпителия дифференцируются из безреснитчатых, несущих микроворсинки. Это подтверждается наличием переходных форм между безреснитчатым эпителиоцитом и реснитчатой клеткой с одной стороны и безреснитчатой и бокаловидной клеткой с другой. Так, при ультраструктурном анализе дифференцирующейся регенерационной бластемы можно было наблюдать появление базальных телец и единичных ресничек в клетках с многочисленными микроворсинками на поверхности, постепенное увеличение количества ресничек и уменьшение количества микроворсинок. Аналогичным образом отмечалось появление и нарастание в цитоплазме безреснитчатых клеток с микроворсинками количества секреторных гранул.

Таким образом, безреснитчатые клетки с микроворсинками являются предшественниками обоих типов специализированных клеток, обладая потенциями двойной дифференцировки. Увеличение числа бокаловидных клеток в респираторном эпителии при хронических риносинуситах, по данным ультраструктурного анализа, происходит в результате преимущественной дифференцировки безреснитчатых клеток в сторону секреторирующих клеток, при этом наносится ущерб образованию реснитчатых клеток. Причина подобной направленности дифференцировки остается неясной, однако нельзя исключить морфогенетическое влияние факторов, стимулирующих гиперсекрецию, поскольку увеличение количества бокаловидных клеток на светооптическом уровне отмечалось синхронно с гиперсекрецией железистого эпителия собственной пластинки и было особенно выражено в участках слизистой оболочки с малым количеством или отсутствием слизисто — серозных желез. На основании сопоставления данных световой и электронной микроскопии можно высказаться в пользу компенсаторного характера феномена бокаловидноклеточной трансформации респираторного эпителия как одного из альтернативных путей обеспечения гиперсекреции.



защитных свойств СОПН под влиянием СИ. При сопоставлении клинических данных и функциональных показателей СОПН оказалось, что лучшие результаты получены у больных с моноаллергией к бытовым аллергенам, худшие — при сочетании пыльцевой и микробной аллергии.

**А. А. Гамзатова (Махачкала)**

### **РИНОРЕОГРАФИЯ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С АТОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ**

В последние годы в практику оториноларингологии стала внедряться ринореография (РРГ) в качестве объективного и высокоинформативного метода оценки гемодинамики полости носа (С.С.Лиманский, Ю.И.Заика, 1988; В.П.Ситников, Т.А.Егоров, 1989 и др.). Авторы предлагают разные варианты экстраназальной РРГ, так как в отличие от интраназальной этот метод сохраняет дыхательную функцию и исключает побочные рефлекторные реакции со стороны слизистой оболочки полости носа. Кроме того, он дает возможность использовать местно фармакологические средства и давать функциональные нагрузки (М.А.Шустер, И.М.Каевицер, 1980; А.А.Гамзатова и соавт., 1983; Я.А.Накатис и соавт., 1984 и др.).

Нами предложен вариант экстраназальной РРГ с использованием носо—лобного наложения электродов, когда один электрод располагается на боковом скате носа, а другой — на лбу. При такой фиксации электроды максимально приближены к регистрируемой области, а масса тканей, отделяющих их от полости носа, минимальна. Для оценки эффективности лечения больных атоническим ринитом наряду с функциональными и иммунологическими методами мы применили данный метод РРГ у 17 детей. Дети были в возрасте от 7 до 15 лет.

В процессе исследований подвергались статистической обработке следующие показатели: ринореографический индекс, отражающий степень общего кровенаполнения исследуемой области; время анакроты и отношение ее к длительности всей пульсовой волны (показатель тонуса артериальных сосудов); время катакроты, определяющее скорость венозного оттока; коэффициент асимметрии кровенаполнения обеих половин носа. Полученные данные сопоставлялись с показателями РРГ у 12 практически здоровых детей. Исходные параметры РРГ у больных существенно отличались от таковых в контрольной группе. Для больных были характерны более высокие показатели общего кровенаполнения слизистой оболочки полости носа, затруднение венозного оттока, снижение тонуса артериальных сосудов, наличие сосудистой дистонии.

Повторное клиническое и реографическое обследование детей после завершения курса специфической иммунотерапии (СИ) показало позитивную коррелятивную связь между динамикой риноскопической картины, проходимостью носовых ходов и субъективной оценкой самочувствия, с одной стороны, и сдвигами гемодинамических показателей по данной РРГ, с другой. Под влиянием курса СИ отмечались отчетливые изменения параметров РРГ у всех обследованных детей. Определяющей тенденцией при этом являлось снижение общего кровенаполнения сосудов слизистой оболочки носа, о чем свидетельствовало достоверное снижение реографического индекса. Наряду с этим закономерно проявлялась тенденция к уменьшению времени катакроты, увеличением крутизны нисходящего отрезка РРГ, исчезновению венозных волн. Сдвиги показателей артериального кровотока характеризовались уменьшением на протяжении курса лечения просвета артериальных сосудов (прирост времени восходящего отрезка кривой РРГ —

анакроты, закругление вершины, увеличение отношения времени анакроты к длительности всей реографической волны).

Полученные результаты свидетельствуют о нормализации как местных, так и общих проявлений атонического ринита у детей под влиянием СИ.

**В.К.Гусак, В.Н.Нечипоренко, В.И.Резниченко, Р.Н.Романенко, ВА.Гринева**  
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАСТНОЙ СФЕНОГРАФИИ В**  
**ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**Донецкое областное лечебно-клиническое объединение.**

**Клиника оториноларингологии (Украина)**

Рентгенологическое обследование занимает ведущее место в диагностике заболеваний околоносовых пазух. Глубокое расположение клиновидных пазух (КП) в полости черепа, вариабельность их анатомического строения, наложение других анатомических образований не дают возможности достоверно диагностировать сфеноидит по данным стандартных рентгенограмм. Контрастирование КП значительно повышает информативность рентгенологического исследования, дает возможность более точно, чем при нативной рентгенографии, определить форму и величину пазухи, состояние ее стенок, оценить характер изменений слизистой оболочки. Все это расширяет возможности дифференциальной диагностики, способствует выбору рациональной лечебной тактики и позволяет следить за динамикой патологического процесса.

Ограниченное применение контрастного исследования КП в повседневной практике обусловлено сложностью введения контрастного вещества в КП. Нами предложено устройство для катетеризации КП через естественное соустье, позволяющее атравматично и достоверно проникнуть в синус, что значительно расширяет возможности исследования. В основу методики положено введение в пазуху двухканального полихлорвинилового катетера с последующей подачей водорастворимого контраста и исследованием пазухи на рентгенологической установке «Philips». Снимки производили в положении больного лежа в трех проекциях: боковой с запрокинутой назад головой, полуаксиальной с открытым ртом и боковой с наклоном головы книзу. Использование данной установки позволяет получить рентгенограммы высокого качества одновременно в двух проекциях из одного положения пациента и дает возможность судить о состоянии всех стенок пазухи при достаточно низкой лучевой нагрузке.

Контрастное рентгенологическое исследование КП с использованием предложенного устройства было проведено у 26 больных с расхождениями клинических и рентгенологических данных. У 7 пациентов контрастная сфенография была выполнена для контроля результатов лечения. Острый катаральный сфеноидит был выявлен у 9 больных, хронический пристеночно — гиперпластический — у 6, хронический полипозный — у 2, хронический субатрофический — у 5 пациентов. У 3 лиц данное исследование позволило исключить патологию, а у одного — диагностировать опухолевый процесс в пазухе.

Наличие катетера в пазухе позволяет вводить контрастные препараты, проводить внутрипазушное физиотерапевтическое воздействие, наблюдать за динамикой патологического процесса. Таким образом, применение разработанного устройства для катетеризации КП через естественное соустье с целью рентгеноконтрастного исследования дает возможность значительно улучшить качество диагностики сфеноидитов и результаты лечения.



**Л.Л.Державина**

## **РИНОМАНОМЕТРИЯ И АКУСТИЧЕСКАЯ РИНОМЕТРИЯ**

**Ринологический центр, Ярославская областная клиническая больница**

Объективизация дыхательно функции носа и геометрии полости носа является крайне важным фрагментом работы практического врача. В настоящее время объективную графическую информацию о данной функции позволяют получить методы риноманометрии (РММ) и акустической ринометрии (АРМ). Техника риноманометрии известна достаточно давно (Stoksted, 1952) и признана классическим методом определения вентиляционной функции носа (P.Clement, 1992). Методом РММ измеряется сопротивление носового дыхания на основе количественного измерения носового потока и давления, при этом используется принцип прохождения воздуха через трубку только при наличии разности давлений — из области высокого давления в область низкого давления. Эта разность давлений создается респираторным усилием, изменяющим давление в носоглоточном пространстве по отношению к внешнему атмосферному давлению, что вызывает поступление воздушного потока в полость носа и прохождение через нее. Скорость воздушного потока определяется градиентом давления, диаметром и длиной трубки (носовой полости) и характеристиками ламинарного или турбулентного потоков. РММ может осуществляться с помощью активных или пассивных методов, со стороны преддверия носа или носоглотки. В Ярославском областном ринологическом центре применяется передняя активная риноманометрия (ПАРММ) с помощью риноманометра РС 200 фирмы "Atmos" (Германия).

Показания для проведения ПАРММ:

1. Оценка анатомических вариаций, 2. Количественная оценка до и после лечения (медикаментозного или хирургического). 3. Измерение патофизиологических изменений дыхательной функции, например, при аллергии. 4. Исключение функциональных нарушений. 5. Оценка влияний факторов окружающей среды. 6. Медицинская экспертиза.

Метод АРМ для определения геометрии полости носа был разработан в 1989 году датским оториноларингологом Hilberg и соавт. Этой группой исследователей был предложен аппарат, получивший название «акустический ринометр». В своей работе мы используем акустический ринометр RHIN2000 фирмы "S.R.Electronics Ars" (Дания), действие которого основано на следующем принципе. Акустический сигнал с частотой слышимого звука (от 150 до 10000 Гц), испускаемый импульсным генератором, направляется в полость носа по специальной пластиковой трубе с прикрепленным носовым наконечником — адаптером. Звук, двигаясь по полости носа, отражается от ее стенок в соответствии с изменением их поперечного сечения. Акустический путь следует от ноздри вдоль нижнего края средней носовой раковины к носоглотке. Направленный и отраженный акустический сигнал регистрируется микрофоном и обрабатывается с помощью компьютера в виде площади поперечного сечения полости носа.

Акустическая ринометрия легко осуществима. Метод обеспечивает минимальный контакт с пациентом и применим даже у детей, он отвечает требованиям стандартизации и обладает высоким потенциалом для исследования физиологических и патофизиологических изменений полости носа. До— и послеоперационные изменения акустических отражений дают ценную информацию о размерах и точной локализации областей обструкции, что позволяет объективно судить о результатах эндоназальной хирургии. Особенно это касается топической диагностики причин обструкции в области носового клапана, носовых раковин и носоглотки. Использование в методике проведения

АРМ сосудосуживающих препаратов позволяет определить реактивность слизистой оболочки полости носа, повышая тем самым возможности дифференциальной диагностики. Акустическая ринометрия показана в случаях экспертизы профессиональной пригодности.

Методы ПАРММ и АРМ не дают возможности оценить пространственное взаимоотношение полости носа с близлежащими структурами полости черепа, однако, существенно дополняют данные эндоскопии, компьютерной или МР—томографии, дают ценную диагностическую информацию об архитектонике полости носа, позволяют оценить динамическое состояние слизистой оболочки и способствуют объективизации результатов хирургического вмешательства.

С использованием методов ПАРММ и АРМ проведено обследование 256 больных в возрасте от 16 до 74 лет. Женщин было 145, мужчин — 111. До хирургического вмешательства исследования выполнены 182 больным, после операции — 74. Результаты исследований будут представлены в докладе.

**В.Е.Добротин, М.В.Боев**

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ МОЗГОВОЙ ГРЫЖЕЙ И ПОЛИПОМ НОСА**

**Клиника болезней уха, горла и носа и клиника нервных болезней ММА им. И.М.Сеченова (Москва)**

При мозговых грыжах больные, как правило, наблюдаются и лечатся в нейрохирургических стационарах. К сожалению и в практике оториноларинголога встречаются пациенты, у которых мозговая грыжа, пролабирующая в полость носа, принимается за полип, а ликворея рассматривается как проявление аллергии. В литературе имеется несколько сообщений, посвященных внутриносовым грыжам (Якоб, 1961; Такаси, 1963; Блуменфельд, 1965; А.Теркель, М.Ивашенко, 1962; Н.Благовещенская, 1960). В настоящее время мировая статистика располагает 80 наблюдениями.

Дифференциальная диагностика между риногенной мозговой грыжей и полипами полости носа не достаточно разработана. В частности, традиционная томография из — за ее малых разрешающих способностей не позволяет выявить небольших размеров костный дефект в ситовидной пластинке. Зачастую такие больные оперируются амбулаторно, а объем предоперационного обследования ограничивается только традиционной рентгенографией околоносовых пазух в двух проекциях.

Под нашим наблюдением находились трое больных: 2 женщины 64 и 53 лет и мужчина 26 лет с жалобами на затрудненное дыхание через одну половину носа. У двух больных отмечались бесцветные прозрачные выделения из той же половины носа при наклоне головы вперед. Ликворрея появилась после ранее проведенной односторонней «полипотомии» носа, осложнившейся менингитом. Одному из этих больных полипотомия производилась в поликлинике дважды.

При передней риноскопии у всех этих больных определялось неправильной формы голубовато — серого цвета образование, исходящее из области верхнего носового хода и заполняющее общий носовой ход ( у двух пациентов — до уровня нижней и у одного — до уровня средней носовой раковины). У всех отмечалось некоторое отклонение верхних отделов перегородки носа в противоположную сторону. У больного 26 лет имело место умеренное расширение и выбухание области переносья.

На рентгенограммах выявлялось лишь одностороннее понижение пневматизации клеток решетчатого лабиринта и смещение перегородки носа в противоположную сторону в верхних отделах. Исследование отделяемого из полости носа подтвердило

наличие спинно- мозговой жидкости. У всех этих больных была заподозрена мозговая грыжа. С целью подтверждения диагноза проведена компьютерная томография околоносовых пазух в аксиальной и фронтальной проекциях. В результате у всех больных был выявлен односторонний костный дефект в ситовидной пластинке, через который мозговая ткань лобной доли проникла в общий носовой ход. Перегородка носа в верхних отделах была смещена образованием в противоположную сторону. Плотность описываемого образования — от 35 до 40 ЕД Н. Заключение — мозговая грыжа.

После консультации нейрохирурга, подтвердившей диагноз, больные были оперированы. Внутричерепным подходом, интрадурально была отсечена ножка грыжевого мешка, а дефект в ситовидной пластинке закрыт протокрилом. На него была уложена широкая фасция бедра и зафиксирована клеем МК —4. Грыжевой мешок был удален оториноларингологом эндоназально. Послеоперационный период протекал гладко, полностью восстановилось дыхание через нос, рецидивов риноликворреи не отмечено. Гистологическое заключение — мозговая ткань.

Исходя из нашего опыта, хотелось бы подчеркнуть четыре основных момента:

1. Внутриносовые мозговые грыжи, по—прежнему, ошибочно принимают за полипы носа и проводят неадекватное лечение, приводящее к назальной ликворее, рецидивирующему менингиту, а иногда и к летальному исходу.
2. Следующие признаки должны настораживать врача в плане наличия мозговой грыжи: образование, неправильной формы, голубовато — серого цвета, расположенное в одной половине полости носа, спускающееся из верхних отделов, и занимающее общий носовой ход. Иногда отмечается расширение и взбухание области переносья и смещение верхних отделов перегородки носа здоровую сторону.
3. Диагностика мозговых грыж возможна при тщательно собранном анамнезе и комплексном обследовании больных, включающем компьютерную томографию.
4. Хирургическое лечение у таких больных должно осуществляться бригадой с участием нейрохирурга и оториноларинголога.

**И.П.Енин, В.П.Карпов, НА.Сиволова**

### **ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ СЕЗОННЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**

**Кафедра ОРЛ ФПО Ставропольской государственной медицинской академии**

Особое место среди аллергических заболеваний занимают сезонные аллергические риносинуситы (поллинозы). Ими страдают около 80 миллионов жителей планеты, причем отмечается устойчивая тенденция роста числа таких больных. Специфическая гипосенсибилизация является одним из основных методов лечения этой патологии, хотя она и не лишена ряда недостатков. Разрабатывая и совершенствуя лечение таких заболеваний, аллергологи и иммунологи зачастую мало учитывают особенности и характер местных изменений. Недостаточно изучены процессы, происходящие в полости носа и околоносовых пазухах и характер их изменений в процессе терапии.

Целью настоящей работы являлось изучение ряда функциональных показателей слизистой оболочки полости носа у больных сезонными аллергическими риносинуситами до и после специфической иммунотерапии. Под нашим наблюдением находилось 120 больных амброзийными поллинозами, в возрасте от 3 до 60 лет. Все пациенты обследовались

в стадии ремиссии аллергического процесса, в связи с чем клинические проявления поллиноза были незначительными. Необходимо отметить, что на первом этапе у части больных (31%) проводилось лечение таких сопутствующих заболеваний, как искривление носовой перегородки, хронический декомпенсированный тонзиллит и т. д. Обследование проводилось только после полного купирования реактивных послеоперационных изменений.

Для оценки состояния полости носа и его функций мы использовали исследование pH носового секрета, поверхностной температуры, электропроводности, светопрозрачности слизистой оболочки, дыхательной, обонятельной, секреторной функций и транспортной функции мерцательного эпителия. Несмотря на незначительные клинические проявления сезонного аллергического риносинусита в стадии ремиссии, у большинства больных в полости носа все же отмечались различные изменения. Так, нормальное значение pH носовой слизи сохранялось только у 1,2% больных, нарушение транспортной функции мерцательного эпителия отмечено у 96% пациентов, секреторной функции — у 80%, дыхательной — у 44%, обонятельной — у 55% обследованных. Светопрозрачность (фоторезистентность) слизистой оболочки полости носа (характеризующая ее толщину) была повышена у 70% больных. Поверхностная температура слизистой оболочки была снижена у 86% больных, электропроводность нарушена у 96%, причем у большинства из них — более чем вдвое. Полученные данные свидетельствуют, на наш взгляд, о том, что несмотря на видимую относительно благоприятную картину, даже в период ремиссии поллиноза отмечаются определенные патологические изменения в слизистой оболочке носа, и нарушение ее функций.

Специфическую гипосенсибилизацию у больных сезонным аллергическим риносинуситом мы проводили новым препаратом — аллергоидом (60 больных) и аллергеном (60 больных). После завершения курса лечения проводилось повторное исследование функциональных показателей полости носа (через неделю после завершения терапии). Субъективное улучшение состояния, отмечавшееся у больных, подтверждалось и положительными сдвигами функциональных параметров. Так, в обеих группах отмечалось улучшение дыхательной и секреторной функций. Однако у лиц, лечившихся аллергеном, положительная динамика не была столь выражена. Проведение специфической гипосенсибилизации аллергоидом благоприятно сказалось на изменении таких параметров, как pH носового секрета (нормализовался у 68% больных) и транспортной функции мерцательного эпителия (20%). Калориферная же функция после курса лечения в обеих группах существенно не изменялась.

Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что специфическая гипосенсибилизация позволяет в большинстве случаев улучшить функциональные показатели слизистой оболочки полости носа. При этом более выраженный клинический эффект получен от применения аллергоида — препарата, обладающего сниженной аллергенностью и сохраненной иммуногенностью.

**Н.Н.Казимирко, И.М.Попко, А.Г.Плаксивый**

## **МЕСТНАЯ АКТИВАЦИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ**

**Курс ОРЛ Черновицкого медицинского института (Украина)**

Дисбаланс в вегетативной нервной системе имеет большое значение в патогенезе параназальных синуситов, ринитов и средних отитов, т. к. именно ею контролируются секреция серомуцинозных желез и тонус сосудов слизистой оболочки.

В слизистой оболочке и экссудате верхнечелюстных пазух 29 больных хроническим гнойным гайморитом исследованы содержание основных медиаторов вегетативной нервной системы (ацетилхолина, норадреналина, и адреналина), активность ацетилхолинтрансферазы и удельная плотность адренэргических рецепторов. Контрольную группу составили 26 больных, оперированных по поводу кист верхнечелюстных пазух. Во время вскрытия верхнечелюстной пазухи производился забор секрета и небольшого кусочка визуально не измененной слизистой оболочки. Использовались флюориметрические методики анализа содержания катехоламинов и ацетилхолина (В.В.Мельникова, 1961, В.А.Гончарова, Е.К.Доценко, 1988), гистохимическое исследование адренэргических рецепторов проводилась по Фальку—Хилларпу в модификации В.П.Ажялиса (1981). У больных хроническим гнойным гайморитом содержание адреналина и норадреналина в отделяемом пазухи оказалось в 1,5 раза меньшим ( $p < 0,05$ ), уровень ацетилхолина — в 2,5 раза большим ( $p < 0,05$ ), а активность ацетилхолинтрансферазы и удельная плотность адренэргических рецепторов — достоверно меньшими ( $p < 0,05$ ), чем в контрольной группе.

Высокие показатели активности парасимпатической нервной системы определялись у больных с существенным увеличением назальной секреции, значительным ухудшением носового дыхания, повышением температуры нижних носовых раковин, сдвигом рН отделяемого влево, относительным увеличением слезотечения в тесте Ширмера.

Полученные данные подтверждают предположение о существенной активации парасимпатического компонента вегетативной нервной системы у больных хроническими синуситами, указывают на целесообразность коррекции вегетативного дисбаланса. Обнадеживают предварительные результаты, полученные при местном применении холинолитиков и НИ — блокаторов в данной группе больных.

**А.Ю.Кротов, Г.П.Захарова, С.Я.Накатис**

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ**

**Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи МЗ МПРФ**

В настоящее время установлено, что современная техника эндоназальных микрохирургических вмешательств позволяет получить более благоприятный функциональный результат по сравнению с общепринятыми хирургическими методиками. Тем не менее, проанализировав отдаленные результаты хирургического лечения у 24 больных хроническими риносинуситами нами было установлено, что не во всех случаях у пациентов была получена стойкая реабилитация. По —видимому, это обусловлено тем, что наряду с хирургическим лечением на его этапах требуется проведение целенаправленной консервативной терапии, подобранной индивидуально.

В связи с вышеизложенным, нами было проведено исследование, в задачи которого входило изучение иммунологической реактивности у больных хроническими риносинуситами с целью разработки научно обоснованной корригирующей терапии на этапах хирургического лечения.

Под нашим наблюдением находилось 36 больных риносинусопатией, хроническим полипозным, полипозно — гнойным и гнойным синуситом. Всем пациентам, наряду с традиционным предоперационным обследованием, производились микробиологические, цитологические исследования, изучение местного и системного иммунитета, аллергологическое обследование. С учетом полученных данных на этапах хирургического лечения больным по показаниям назначали корригирующую терапию. В послеоперационном периоде проводили повторное комплексное обследование.

В процессе исследований было разработано специальное устройство, позволяющее осуществлять стандартизированный забор носового секрета для одновременного проведения иммунологического и цитологического исследований. Была детально отработана методика исследования местного иммунитета. Разработаны специальные вспомогательные устройства, облегчающие технику выполнения хирургических вмешательств. Научно обоснована целесообразность использования на этапах лечения некоторых лекарственных препаратов, в том числе растительного происхождения, и специальных методик ирригационной терапии.

Результаты исследований обосновывают целесообразность комплексного подхода при лечении хронических риносинуситов, что позволяет расширить представление о характере патологического процесса у конкретного больного и определяет использование адекватной консервативной терапии, которая направлена на сокращение сроков реабилитации в послеоперационном периоде и на получение более стойкого функционального результата в отдаленные сроки.

**Б.С.Лопатин, Е.В.Борзов, С.Б.Назаров, Л.Л.Хомякова, О. А.Пахрова**  
**СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И**  
**РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ**  
**ПОЛИПОЗНЫМ ЭТМОИДИТОМ**

**Кафедра ОРЛ Ивановской государственной медицинской академии**

Несмотря на большое количество исследований, этиопатогенез полипозных риносинуситов остается еще во многом неясным. Это заболевание рассматривается как многофакторный этиологический синдром, встречающийся у лиц, предрасположенных к специфической тканевой реакции (С.В.Рязанцев, 1990). При этом среди разнообразных патологических изменений определенную роль играют нарушения метаболизма и микроциркуляции, гипоксия и эндогенная интоксикация. Исходя из вышеизложенного, возникает предположение о возможном участии в развитии этой патологии нарушений процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), а также реологических свойств крови.

Под наблюдением находился 21 больной с полипозным этмоидитом. Определяли содержание вторичного продукта ПОЛ — малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови и мембранах эритроцитов. Реологические свойства крови оценивали по комплексу показателей, отражающих состояние эритроцитов — деформируемость (ПД), показатель агрегации (ПА), средний размер агрегата (СРА) и процент неагрегирующих эритроцитов (ПНА). Изучали поверхностную цитоархитектонику эритроцитов, рассчитывали

коэффициенты, характеризующие обратимую и необратимую (предгемолитическую) трансформацию эритроцитов. Кроме того, определяли концентрацию в сыворотке крови веществ среднемoleкулярной массы (ВСММ). Контрольную группу составили 13 человек, не имеющих соматической и ЛОР патологии.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных полипозным этмоидитом наблюдается тенденция к увеличению содержания МДА как в сыворотке крови, так и в мембранах эритроцитов, а также имеет место более широкий разброс их индивидуальных значений по сравнению с контролем. Выявлена положительная линейная корреляция ( $r=0,62$  при  $p<0,01$ ) между МДА сыворотки и МДА мембран эритроцитов, отсутствующих у здоровых людей. Концентрация ВСММ у больных с полипозом не выходила за пределы нормальных значений. При анализе других показателей, характеризующих состояние эритроцитов, не установлено значительных отличий между основной и контрольной группами, за исключением некоторого повышения ПА ( $p<0,5$ ) и СРА ( $p<0,05$ ) у больных полипозным этмоидитом.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии у больных полипозным этмоидитом существенной активации ПОЛ, однако значительные колебания индивидуальных показателей не позволяют полностью отвергнуть их роль в процессе развития данного заболевания. Подтверждением этого могут служить и выявленные изменения характеристик эритроцитов, поскольку продукты свободно — радикального окисления липидов эритроцитарных мембран участвуют в ускорении синтеза индукторов агрегации, что, в свою очередь, приводит к нарушению микроциркуляции и развитию гипоксии. Дальнейшее изучение данного вопроса позволит дать более глубокую оценку роли исследуемых механизмов в патогенезе полипозного риносинусита.

**А.С.ЛОПАТИН, М.В.Арцыбашева**

## **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**Отделение ОРЛ и отделение РКТ и МРТ Центральной клинической больницы  
МЦ УД Президента РФ.**

Магнитно — резонансная томография (МРТ) — это сложный метод получения двумерного изображения органов человеческого организма, основанный на исследовании реакции протонов в зависимости от той среды, в которой они располагаются. Базовый подход при МР—исследовании состоит в том, что исследуемый объект подвергается воздействию высокочастотных импульсов в постоянном магнитном поле с градиентом напряженности с последующей регистрацией радиочастотных сигналов, исходящих от любой точки трехмерного объекта. МР — характеристиками исследуемого объекта служат следующие параметры: время релаксации протонов ( $T1$  — спин — решетчатая или продольная релаксация;  $T2$  — спин — спиновая или поперечная релаксация) и протонная плотность. Для получения МР — изображения используются различные последовательности подачи высокочастотных импульсов: спин — эхо (SE), насыщение — восстановление (SR), инверсия—восстановление (IR). Наиболее популярной в клинической практике является последовательность "спин — эхо", при которой получаемый сигнал зависит от всех трех параметров ( $T1$ ,  $T2$  и протонная плотность).

В нашей клинике все исследования проводились на МР—томографе "Gyrosan T5" фирмы "Philips", имеющем резистивный магнит с напряженностью магнитного поля

0,5 Тл. При выполнении исследования мы использовали импульсную последовательность SE со следующими временными параметрами: время повторения (TR) — 3200/520 мсек, время задержки между эхо — сигналами (TE) — 120/25 мсек. МРТ полости носа и околоносовых пазух выполняли в аксиальной и коронарной плоскости при толщине среза 5 мм и расстоянии между срезами 0,5 мм. Сагиттальная проекция является лучшей для изучения срединных структур, ситовидной пластинки, клиновидной пазухи и ее выводных путей. Исследование с контрастным усилением выполняли в течение 30 минут после введения контрастного вещества (магневист).

МР—изображение зависит от биохимических характеристик исследуемых тканей, поэтому интенсивность сигналов, которые дают нормальная, воспаленная, гиперваскуляризированная и опухолевая ткани отличаются. Все злокачественные опухоли вызывают той или иной степени реактивную воспалительную реакцию, и их изображение на рентгенограммах и компьютерных томограммах получается большим, чем реальные размеры опухолей. Благодаря более широкому спектру интенсивности регистрируемых сигналов (в частности, разнице сигнала от воспаленной ткани и ткани новообразования), МРТ позволяет с большей точностью установить размеры и границы опухоли в различных плоскостях, ее интракраниальное и интраорбитальное распространение.

Являясь высокочувствительным методом исследования, МРТ часто выявляет те изменения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, которые нельзя расценивать как патологические, в частности процесс носового цикла. Ритмически чередующаяся степень кровенаполнения контрлатеральных носовых раковин, слизистой оболочки полости носа и решетчатого лабиринта может привести к диагностическим ошибкам и требует проведения дифференциального диагноза с воспалительными изменениями (D.W.Kennedy et al., 1988). Кровенаполненная слизистая оболочка и кавернозная ткань дают низкоинтенсивный сигнал в T1 и яркий сигнал в T2—взвешенном изображении.

Хорошо известна высокая частота случайных находок в околоносовых пазухах, ничем не проявляющих себя клинически (K.M.Rak et al., 1990). По нашим данным, изменения в околоносовых пазухах у лиц, направленных на МР—исследование головного мозга без каких—либо указаний на воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, выявлены у 39,3% (А.С.Лопатин и соавт., 1996). Подобные цифры (24,7%—39%) приводили ранее и другие авторы (L.D.Cooke & D.M.Hadley, 1991; F.G.Moser et al., 1991). С одной стороны, это свидетельствует о высокой распространенности заболеваний околоносовых пазух, но в большей степени — о высокой чувствительности метода. Кроме того, следует учитывать, что патологические изменения на МР—томограммах околоносовых пазух сохраняются в течение длительного времени после перенесенного острого синусита. Мы считаем, что гиперинтенсивный сигнал от носовых раковин и небольшое пристеночное утолщение слизистой оболочки крупных пазух на МР — томограммах не должно считаться патологией при отсутствии клинических проявлений риносинусита. В любом случае МР—находки должны обязательно сопоставляться с клинической картиной и эндоскопическими данными. Несоблюдение этого принципа может привести к ненужным хирургическим вмешательствам.

Мы считаем, что проведение МРТ показано в следующих ситуациях: 1. Для уточнения диагноза таких патологических состояний как грибковый синусит (мицетома), мукоцеле и кисты с нетипичным содержимым, а также при проведении дифференциального диагноза между воспалительным и опухолевым процессом; 2. Если дифференциальный диагноз между злокачественной и доброкачественной опухолью не может быть проведен только на основании КТ, МРТ за счет хорошей разрешающей способности в отношении мягких тканей может дать полезную дополнительную



информацию; 3. Когда до начала лечения необходимы точное представление о границах опухоли в различных плоскостях и четкая дифференцировка самой опухолевой ткани от вторичных воспалительных изменений; 4. При подозрении на интракраниальное или интраорбитальное распространение опухоли.

Нами было проведено скрининговое МР—исследование околоносовых пазух у 107 пациентов, направленных в клинику без указаний на заболевания носа и околоносовых пазух. Кроме того, МРТ была выполнена у 35 больных с острым и хроническим синуситом, кистами, мукоцеле, злокачественными опухолями и ангиофибромой носоглотки. В докладе будет дано описание МР—картины этих нозологических форм.

А.И.ЛОПОТКО

## **РИНОВАЗОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ГЕМОДИНАМИКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Клиника ОРЛ Санкт-Петербургского государственного медицинского  
университета им. акад. И.П.Павлова**

Проведено сравнительное изучение различных видов риновазографии в оценке особенностей гемодинамики слизистой оболочки носа у людей молодого и старческого возраста. Использовались: экстраназальная ринореография (ЭкНРР), эндоназальная ринореография (ЭнНРР) и эндоназальная фотоэлектрическая риновазография (ЭнФРВГ). При эндоназальных методах датчики помещались в полости носа, при экстраназальном — на боковых поверхностях наружного носа. ЭкНРР осуществлялась на реографе с резонансной частотой 120 кГц. При этом использовались специально сконструированные фиксаторы для электродов, позволяющие устанавливать последние на боковые стенки наружного носа с заданной силой прижима (80—100 мм вод. ст./см<sup>2</sup>). Это позволяло в известной мере перекрыть локальный экстраназальный кровоток в процессе исследования. При ЭнНРР электроды помещались на слизистой оболочке полости носа.

При ринореографических исследованиях одновременно снимались: первая производная реограммы, пальцевая плетизмограмма и ЭКГ. При фоториновазографии использовался датчик, состоящий из экранированных друг от друга источника света и фотоприемника, составляющих моноблок. Датчик помещался в защитный чехол из светопрозрачного материала и имел размеры 3 мм в диаметре и 7 мм в длину. Устройство работает на принципе регистрации отраженного и рассеянного в данный момент в тканях света, находящихся в непосредственной близости от датчика. Регистрация результатов во всех случаях производилась на шестиканальном энцефалографе.

Изучение риновазограмм проводилось методом контурного анализа на группе людей молодого и старческого возраста. При этом анализировались амплитуда риновазограммы, длительность ана — и катакроты, особенности дикротического колена и характер вершины риновазограммы. Анализ риновазографических исследований показал, что ЭкНРР отражает суммарный экстра— и эндоназальный кровоток. Однако, при использованной нами методике последний приобретает здесь доминирующий характер. В пользу этого говорил схожий характер ринореограммы, снятой обоими методами на одних и тех же людях. В сравнении с пальцевой реограммой отмечались признаки, свидетельствующие о более высоком периферическом сопротивлении сосудистой стенки слизистой оболочки носа (особенно, у людей молодого возраста): закругленная вершина осциллограммы, «высокое» расположение дикротического зубца,

наличие в ряде случаев пресистолической венозной волны. При обоих видах ринореографии отчетливо проявлялись волны последующих порядков, особенно связанные с дыхательным циклом. При ЭнФРГ регистрировались ее постоянная и переменная составляющие, что позволяло проводить риносфигмо— и риноплезмографические исследования.

При оценке сенильных особенностей эндоназального кровотока отмечена общая для всех методов риновазографии закономерность: в старческом возрасте амплитуда риновазограмм падает (с 4,3 отн. ед. в молодом возрасте до — 1,5 отн. ед. — в старческом). Падает и длительность цикла риносфигмограммы (с 0,92 сек. до 0,74 сек.) В старческом возрасте отмечается выравнивание длительности ана— и катакроты, составляющей 0,37 сек. Это свидетельствует о снижении периферического сопротивления сосудов слизистой оболочки полости носа. Данные риноэлектрофизиологических измерений подкреплены нами результатами морфологических исследований. Последние свидетельствуют, что в старости изменения развиваются прежде всего в артериях и артериолах. При этом захватываются все оболочки сосудов, но прежде всего — внутренняя, где развиваются гиперплазия, увеличение числа и толщины эластических волокон и разрастание соединительной ткани. Параллелизм функциональных и морфологических изменений сосудов слизистой оболочки полости носа дает возможность использовать методики риновазографии, особенно ЭнФРВГ, для оценки этих изменений.

**Г.И.Мельникова, Е.Г.Шахова, М.Я.Ледяев**

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ФОЛЛЯ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ**

**Волгоградская медицинская академия**

Лечение аллергического ринита представляет одну из сложных проблем в оториноларингологии. С целью повышения его эффективности многие авторы исследуют различные аспекты патогенеза заболевания (структурно — функциональные особенности слизистой оболочки полости носа, иммунную, эндокринную и сосудистую системы).

Целью настоящей работы было определение наиболее достоверных и значимых критериев ранней диагностики сосудистых нарушений у больных аллергическим ринитом на основании комплексной оценки артериального и венозного звеньев циркуляции, а также электроakupунктурной диагностики по методу Р. Фолля (EAV). Комплексное обследование проведено у 30 больных в возрасте от 14 до 35 лет. Определяли следующие показатели гемодинамики: артериальное (конечное, минимальное, среднее и критическое) и венозное давление, ударный и минутный объемы кровообращения, периферическое сопротивление (общее и удельное), объемную скорость кровотока, венозный и артериальный тонус. Рассчитывали должностующие и фактические величины. Оценку кровообращения в системе вертебро — базилярной артерии осуществляли методом тетраполярной реографии с функциональной пробой с поворотом головы. EAV производили аппаратом «СКАТ» по контрольным измеряемым точкам всех меридианов с исследованием всех биологически активных точек (БАТ) лимфатического (Ly), сосудистого (MC) меридианов, меридианов аллергии (A1) и толстого кишечника (Gi), а также БАТ очагов инфекции и вегетативной нервной системы.

Практически у всех больных констатировали сосудистую дистонию. Только у трех

определили нормотонический эукинетический тип. Отмечали снижение артериального и повышение венозного тонуса, спазм прекапилляров со значительным уменьшением объемной скорости кровотока, его асимметрию в полушариях (50—80—150%), венозный застой, спазм артериол. Эти результаты полностью совпадали с данными EAV. Традиционное аллергологическое обследование только у 6 пациентов позволило выявить сезонную, пищевую и медикаментозную аллергию. В то время, как методом Фолля у всех больных были обнаружены изменения на меридиане A1, связанные с патологией желудочно — кишечного тракта (колиты, дисбактериоз, лямблиоз, тестируемый нозодами), и наличием очагов инфекции (полость рта).

Проведенные исследования позволяют отнести аллергический ринит к состояниям несовершенной адаптации или ее расстройствам. Указанное заболевание следует рассматривать в контексте функционального благополучия целостного организма. Поэтому применение только местных способов лечения (как консервативных, так и хирургических) мы считаем недостаточным. Мы используем комплексное воздействие, направленное на улучшение и формирование адаптационных возможностей пациента. Для этого назначаем гемокорректоры, метаболиты, антигипоксантами, добиваемся нормализации состояния желудочно-кишечного тракта, проводим санацию очагов инфекции. В оценке эффективности проводимого лечения имеют значение не только улучшение общего статуса, и состояния ЛОР органов, но и положительная динамика или стабильность параметров гемодинамики и показателей биоэлектрического потенциала БАТ.

**С.В.Морозова, Ю.М.Овчинников**  
**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ**  
**ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВЕСТИБУЛЯРНОГО**  
**АНАЛИЗАТОРОВ**

**Кафедра болезней уха, горла и носа Московской медицинской академии им.**  
**И.М.Сеченова**

Изучено взаимовлияние обонятельного и вестибулярного анализаторов у больных с обонятельными и вестибулярными нарушениями и у практически здоровых лиц. Выполнено 248 исследований на стабилографической установке СТ—02 с персональным компьютером. Проанализирована динамика 12 параметров, отражающих состояние вестибулярной функции пациента, до и после обонятельного воздействия. Прослежен характер изменений показателей возрастного стабилографического теста Ромберга (отклонение центра тяжести исследуемого по длине и площади при открытых и закрытых глазах) под влиянием пахучих веществ ольфакторного и смешанного действия.

Установлено, что под воздействием пахучих веществ происходит изменение всех параметров, характеризующих статику пациента. Это позволило разработать и внедрить в практику комплексный метод коррекции вестибулярных нарушений, включающий помимо медикаментозной терапии проведение реабилитационных упражнений на стабилографической платформе, направленных на тренировку мышечно — суставного чувства и зрения, в сочетании с обонятельным воздействием пахучими веществами, способствующими устранению вестибулярной дисфункции. Метод апробирован у 70 больных с острыми и подострыми кохлео — вестибулярными нарушениями сосудистой, инфекционной и травматической этиологии. Во всех случаях отмечена положительная динамика как субъективных вестибулярных проявлений (головокружение, шаткость

походки), так и спонтанной объективной вестибулярной симптоматики, данных стабилотографического исследования, результатов экспериментальных вестибулярных проб. Включение в комплексе лечебных мероприятий при острых кохлео — вестибулярных нарушениях и болезни Меньера реабилитационных упражнений в сочетании с обонятельным воздействием позволило значительно повысить эффективность лечения и сократить сроки временной нетрудоспособности.

Нами предложен объективный ольфактометрический тест, в основу которого положена корреляционная зависимость динамики параметров, отражающих состояние статики пациента под влиянием обонятельного воздействия, от состояния обонятельной функции. Выявленное взаимовлияние обонятельного и вестибулярного анализаторов положено в основу методов объективной ольфактометрии и вестибулярной реабилитации, рекомендуемых для применения в практической оториноларингологии.

**Н.Л.Петров, КА.Никитин**

### **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭХОСИНУСКОПОВ «ЛОР-ЭКСПРЕСС» И «МИНИДОК»**

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.  
И.П.Павлова**

Заболевания носа и околоносовых пазух занимают значительное место в структуре оториноларингологической патологии, составляя до 30% от всех заболеваний (А.Г.Лихачев, 1981). В настоящее время большое внимание уделяется развитию неинвазивных методов исследования, не связанных с воздействием на пациента ионизирующего излучения. К ним относятся инфракрасная термография, СВЧ — радиометрия и ультразвуковая эхолокация, предложенная для диагностики заболеваний околоносовых пазух в 1960 г. (К.Е.Эльгангер).

В литературе существуют значительные расхождения в оценке информативности ультразвукового исследования (УЗИ) при синуситах: от 30% (Ю.В.Митин, 1994) до 90% (А.Р.Вализада, 1979; W.Mann, 1990). В настоящей работе произведена попытка оценки диагностических возможностей эхосинускопов «ЛОР—ЭКСПРЕСС» (НИИ точной механики, С-Петербург) и «МИНИДОК» (НЦП «МЕД-МЕТ», Москва). «ЛОР-ЭКСПРЕСС» является аналогом таких приборов, как «SINUSKAN», «ULTRASINUS». Устройство «МИНИДОК» представляет собой портативный ультразвуковой прибор с автономным питанием от батареи.

С помощью указанных приборов было обследовано 76 больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями верхнечелюстных и лобных пазух. Данные УЗИ верифицировались результатами пункции верхнечелюстной или трепанопункции лобной пазухи. Всем больным предварительно выполнялось рентгенологическое исследование околоносовых пазух в двух проекциях. Производилось сопоставление данных рентгенографии, результатов диагностической пункции и показаний приборов. При поражении верхнечелюстных пазух с наличием на рентгенограммах уровня жидкости или тотального затенения пазухи совпадение данных УЗИ и пункции пазухи составило 71,3% для прибора «ЛОР-ЭКСПРЕСС» и 84,6% для индикатора «МИНИДОК». Ложноотрицательные результаты чаще наблюдались при незначительном количестве экссудата в пазухе. В случае отека слизистой оболочки на рентгенограммах пазух, совпадение данных эхо— и рентгенографии отмечено в 90% и

92% случаев для приборов «ЛОР—ЭКСПРЕСС» и «МИНИДОК» соответственно. При обследовании больных с патологией лобных пазух, совпадение результатов УЗИ на эхосинускопе «ЛОР—ЭКСПРЕСС» и данными трепанопункции составило 58%. У 8 пациентов с подтвержденным трепанопункцией наличием жидкости в пазухе исследование на аппарате «МИНИДОК» изменений не выявило.

Полученные данные о достоверности диагностической информации эхосинускопов «ЛОР—ЭКСПРЕСС» и «МИНИДОК» позволяют рекомендовать их к применению в клинической практике. Наиболее целесообразным представляется использование данных приборов в амбулаторной диагностике воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух.

**М.С.Плужников, А.А.Зубарева, В.Г.Меркулов**  
**ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ**  
**ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ И**  
**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ**  
**ПАЗУХ**

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлом**

Диагностика заболеваний околоносовых пазух остается достаточно сложной клинической проблемой. Трудности в дифференцировке воспалительного и опухолевого процессов, своевременном выявлении первичной опухоли и путей ее распространения, отсутствие надежных диагностических критериев оценки степени регрессии новообразования отрицательно сказываются на сроках и полноценности хирургических вмешательств, снижают эффективность лечения, нередко являются причиной рецидива заболевания (А.И.Пачес, В.Л.Любаев, 1988; И.В.Солдатов, 1994). С целью выяснения диагностических возможностей низкопольной магнитно—резонансной томографии (МРТ) нами обследовано 55 пациентов с патологией околоносовых пазух. Из них 10 больных были направлены на исследование с целью выявления рецидива новообразования, 5 — первичной опухоли и 40 человек с воспалительными процессами (острый и хронический гайморит — 17, этмоидит — 6, пансинусит — 2, отек слизистой оболочки пазух — 6, киста — 6, полипоз — 3) в целях дифференциальной диагностики с опухолями. МРТ проводили на аппарате «Магнавью» («Инструментариум», Финляндия) с напряженностью магнитного поля 0,04 Т. Использовали специализированные радиочастотные катушки поверхностного типа («шлем», «кольцо»). Кроме того, всем больным выполняли рентгенографию околоносовых пазух, а в 1/3 наблюдений — рентгеновскую компьютерную томографию (КТ). Установлено, что благодаря различным магнитным свойствам тканей с помощью МРТ удается отличить опухолевый компонент от воспалительно измененной слизистой оболочки и жидкого содержимого пазухи, что невозможно при любом рентгенологическом исследовании, включая КТ. При этом воспалительный экссудат всегда имеет более интенсивный сигнал, чем опухолевая ткань.

Новообразования околоносовых пазух выявляются по наличию МР—сигнала различной интенсивности — гипоинтенсивного при меланоме, гиперинтенсивного при лимфосаркоме и цилиндроме. Доброкачественные образования, в том числе кисты и полипозные разрастания, имеют однородную гиперинтенсивную структуру, округлую форму и ровные контуры, отсутствует инфильтрация окружающих тканей. Степень однородности структуры МР—сигнала при воспалении зависит от течения: острый

синусит имеет гиперинтенсивный (яркий) однородный сигнал, хронический синусит — высокий неоднородный, фиброзная (рубцовая) ткань — гипо— или изоинтенсивный однородный сигнал. Таким образом, низкочастотная МРТ является высоко информативным методом в диагностике опухолевых и воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Она позволяет не только точно определить локализацию и размеры опухоли, высказаться в ряде случаев о ее гистотипе, но и детально оценить особенности местного и отдаленного распространения злокачественного процесса, что важно для проведения адекватного лечения.

**М.Я.Рябова, В.Г.Меркулов**

## **БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОЙ ПАЗУХИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова**

Выявление причины и характера рецидива в полости оперированной пазухи и выбор адекватного метода лечения составляют одну из актуальных проблем в клинической ринологии. Общепринятые методы диагностики не всегда дают исчерпывающую информацию о характере данного процесса; Риноскопическая картина может быть изменена при заболеваниях полости носа или неоперированной ранее пазухе, а зондирование пазухи через послеоперационное соустье информативно лишь в случае получения гноя. Промывная жидкость может быть прозрачной при наличии в пазухе кист и изолированных карманов. Рентгенография и компьютерная томография представляют информацию о выраженных структурных изменениях в околоносовых пазухах.

Известно, что после операции в пазухе протекают процессы фиброобразования, приводящие к уменьшению ее объема. На фоне этих изменений присоединение (рецидив) воспаления слизистой оболочки удастся выявить лишь при магнитно — резонансной томографии околоносовых пазух. Особый интерес представляют методы, отражающие степень активности воспаления в послеоперационной полости, среди них — инфракрасная термография и сцинтиграфия (особенно информативна при вовлечении в процесс костных стенок).

В ЛОР клинике СПбГМУ с 1987 года находилось на лечении 212 больных, перенесших хирургическое лечение по поводу синуситов. Все больные прошли комплексное клиническое, термографическое и рентгенологическое обследование, части из них проводилась эндоскопия оперированной пазухи, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Предложенный диагностический алгоритм позволил четко выделить группу больных с рецидивом гнойного воспаления в оперированной пазухе (62 больных), больных с патологией неоперированной ранее пазухи, зубов верхней челюсти.

Выявлены следующие причины рецидива гнойного процесса в оперированной пазухе: облитерация послеоперационного соустья (12), патология корней зубов верхней челюсти (5), анатомические изменения в полости носа, нарушающие функцию послеоперационного или естественного соустья (18), «нерадикальность» проведенного в прошлом вмешательства на околоносовой пазухе (7), изменение реактивности организма (15) и пр.. В ряде случаев конкретную причину рецидива гнойного процесса в послеоперационной полости установить не удалось. Эффективность лечения во многом определялась возможностью предвидения и устранения (уменьшения) влияния перечисленных факторов. В консервативном лечении рецидива важно сочетать

антибактериальную терапию и местное противовоспалительное лечение. Нередко в воспалительный процесс вовлекается костная стенка, что подтверждалось радиоизотопным исследованием с остеотропными радиофармпрепаратами. В таких случаях у больных с рецидивом гнойного и гнойно — полипозного процесса в оперированной пазухе с успехом применялся линкомицин как парэнтерально, так и перорально. Опираясь в выборе антибиотика на результаты бактериологического исследования отделяемого из пазухи трудно, т. к. в 32% случаев посев оказался стерильным, а в 29% случаев высевалась сапрофитная микрофлора. Местно использовалось промывание оперированной околоносовой пазухи через операционное соустье (или после трепанопункции лобной пазухи через установленный в ней катетер). Капельно в полость пазухи вводился раствор антисептика, гидрокортизон, протеолитические ферменты. Диализ оперированной верхнечелюстной пазухи осуществлялся в положении лежа на больной стороне, диализ лобной пазухи — в положении сидя. Использовалась оксигенация оперированных пазух. Из физиотерапевтических методов лечения предпочтительно облучение полости пазухи гелий — неоновым лазером (мощность на выходе 12 мВт, экспозиция 3 минуты) через волокно диаметром 400 мкм, введенное в полость пазухи.

Эффективность терапии оценивалось по динамике жалоб, клинических данных, термографии кожи лица. Критерием успешного лечения можно считать стабильность термографической картины, характерной для ремиссии. Проведенное консервативное лечение оказалось эффективным у 46 больных. 16 пациентам проведены реоперации на околоносовых пазухах (11 — на верхнечелюстных и 5 — на лобных).

**Л.Г.Сватко, Н.Ш.Шамсутдинов, В.Н.Красножен, Р.В.Латышов**  
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТИМЕАТАЛЬНОГО**  
**КОМПЛЕКСА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАЙМОРОЭТМОИДИТАХ**

**Казанская медицинская академия. Казанский государственный университет.**

За последние годы при лечении хронических синуситов широкое распространение получила эндоскопическая внутриносовая хирургия (ЭВХ) околоносовых пазух. Спектр показаний к ЭВХ постоянно расширяется. В то же время появились сообщения, указывающие на неполноценность функций слизистой оболочки в области остиомеатального комплекса (ОМК) после таких вмешательств (В.П.Быкова и соавт., 1994; Т.М.Янборисов, Н.А.Арефьева, 1995). Целью настоящего исследования было изучение морфогистохимической структуры слизистой оболочки при полипозном синусите для уточнения показаний к ЭВХ. Исследование слизистой оболочки и полипов было проведено в трех группах больных: с первично диагностированным полипозным синуситом, рецидивирующим полипозным синуситом и рецидивирующим полипозным синуситом в сочетании с бронхиальной астмой и непереносимостью аспирина. При выполнении ЭВХ у всех больных производилась биопсия слизистой оболочки и полипозной ткани из 5 точек Омк.

Проведенные исследования биоптатов у 45 больных дали следующие результаты. В первой группе больных морфологическая картина выражалась в утолщении эпителиального слоя за счет инфильтрации лимфоидными клетками, увеличении размеров бокаловидных клеток. Респираторный эпителий был сохранен на всем протяжении. В собственном слое слизистой оболочки имела умеренная клеточная инфильтрация лимфоидными элементами. Отмечалось расширение сосудов, в строме был выражен периваскулярный отек.

Во второй группе реснитчатый эпителий был высоким, слизеобразующим, местами

отмечалось его сдувание и метаплазия в переходный. В строме наряду с лимфоцитами встречались плазматические клетки, эозинофилы в большом количестве, был выражен периваскулярный отек, кое — где отмечалось разрастание соединительной ткани, преимущественно вокруг сосудов. По ходу волокнистых структур межучной ткани и в стенках сосудов выявлялись кислые мукополисахариды.

В третьей группе больных морфогистохимические изменения эпителиального слоя выражались в метаплазии клеток реснитчатого эпителия в переходный, местами — в плоский и отсутствии лимфоцитов. Клеточная инфильтрация стромы была усилена за счет преобладания эозинофилов, плазматических клеток и нейтрофильных лейкоцитов. Имело место разрастание грануляционной ткани с последующим гиалинозом и склерозом собственного слоя слизистой оболочки.

Местом преимущественной локализации данных изменений у больных 2 и 3 групп были естественное соустье верхнечелюстной пазухи, латеральной поверхности средней носовой раковины и инфундибулум. Таким образом, характер изменений соответствовал иммунному воспалению, приводящему к развитию фиброзных изменений слизистой оболочки ОМК. В этих случаях показания к ЭВХ должны быть строго ограничены и вмешательство должно проводиться на фоне курса иммунокорригирующей терапии.

**Ф.В.Семенов**  
**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОК**  
**МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ НОСА У**  
**КУРИЛЬЩИКОВ**

**Кафедра болезней уха, горла и носа Кубанской медицинской академии**  
**(Краснодар)**

В сложном комплексе защитных механизмов дыхательной системы организма важная роль принадлежит транспортной функции мерцательного эпителия, обеспечивающей перемещение продуктов секреции, бактерий, вирусов, аллергенов и различных чужеродных частиц из полости носа в носоглотку. Известно, что деятельность реснитчатого эпителия значительно нарушается при заболеваниях носа и околоносовых пазух, а также при воздействии неблагоприятных внешних факторов.

Нами разработана новая методика, позволяющая изучать объективные характеристики состояния мукоцилиарной транспортной системы при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух, а также оценивать влияние на цилиарный аппарат неблагоприятных факторов внешней среды. Сущность ее заключается в определении процентного содержания мерцательных клеток с функционирующими ресничками методом прижизненной микроскопии соскобов со слизистой оболочки носа.

Данная методика использована нами для оценки функционального состояния мерцательного эпителия полости носа у курильщиков. Установлено, что у здоровых некурящих людей количество мерцательных клеток с подвижными ресничками в соскобах со слизистой оболочки полости носа колеблется от 60% до 80% (в среднем  $67 \pm 2\%$ ) от общего количества эпителиальных клеток. При выкуривании 1—2 сигарет в день количество функционирующих мерцательных клеток существенно не изменяется. Выкуривание 10—15 сигарет в день приводит к значительному угнетению активности мукоцилиарной транспортной системы: доля активных реснитчатых клеток снижается до  $15 \pm 3\%$ . Выкуривание 15 — 20 и более сигарет вызывает практически полное исчезновение активных мерцательных клеток в соскобах со слизистой оболочки полости



носа.

Таким образом, курение табака значительно уменьшает количество функционирующих реснитчатых клеток в слизистой оболочке носовой полости, и снижает тем самым защитные свойства мукоцилиарной транспортной системы.

**В.Н.Талалаев**

## **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**Кафедра ОРЛ Московского медицинского стоматологического института**

Проблема своевременного распознавания новообразований полости носа и околоносовых пазух была и остается актуальной, так как эффективность лечения таких больных во многом зависит от стадии заболевания на момент его выявления. В последние годы для диагностики этих опухолей широко применяется рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и значительно реже — магнитно — резонансная томография (МРТ). МР — техника получения послойных изображений тела человека базируется на возможности регистрации радиочастотных сигналов от ядер водорода (протонов) в ответ на воздействие на воздействие радиочастотными импульсами в магнитном поле.

МР — характеристиками исследуемого объекта служат такие параметры, как протонная плотность и время релаксации протонов ( $T_1$  — спин — решеточная или продольная релаксация,  $T_2$  — спин — спиновая или поперечная релаксация), которые в комплексе влияют на контрастность изображения тканей. Для возбуждения спиновой системы мы использовали импульсные последовательности «насыщение — восстановление» — SR и «спиновое эхо» — SE. В отдельных случаях применяли последовательность «насыщение — восстановление» — IR.

МРТ выполнена у 21 больного. Всем больным предварительно было проведено комплексное клиническое обследование, включавшее РКТ. Для уточнения локализации и распространенности процесса нам представляется наиболее информативной последовательность «насыщение — восстановление» — SR 500—1000 мс (40—60 мс) во фронтальной и аксиальной плоскостях. При этом удается достигнуть наилучшего качества изображения анатомических структур лицевого скелета и их сравнения с обеих сторон. При этом в большинстве случаев хорошо определялись контуры опухоли, состояние клеток решетчатого лабиринта и интракраниальное распространение опухоли. Сканирование в сагиттальной плоскости позволяло определить состояние носоглотки, клиновидной пазухи, решетчатого лабиринта, подтвердить или исключить наличие интракраниального роста.

При использовании этой последовательности все опухоли (как доброкачественные, так и злокачественные) выглядели достаточно гомогенными по структуре, и не отмечалось высокой контрастности их изображения. Значительную сложность в определении контуров опухоли представляло наличие сопутствующих воспалительных процессов в околоносовых пазухах и полости носа, так как существенной разницы в контрастности их изображения не отмечалось. Для дифференциации опухоли от сопутствующего воспалительного процесса мы использовали импульсную последовательность «спиновое эхо» — SE 1500 мс (100—150 мс), которая позволяла получать томограммы с большей зависимостью от  $T_2$  — релаксационного времени и характеризовалось большей контрастностью в изображении патологических процессов. Использование этого режима

позволяло дифференцировать опухолевую ткань от сопутствующего воспаления. При оценке контрастности изображения доброкачественных и злокачественных опухолей с использованием функции измерения суммарной амплитуды сигнала (area intensity) достоверной разницы между этими двумя группами мы не обнаружили.

Мы полагаем, что для точного определения локализации опухоли в полости носа и околоносовых пазухах, ее взаимоотношений с окружающими тканями больному необходимо помимо РКТ производить и МРТ, которые взаимно дополняют друг друга.

**Р.К.Тулбаев, С. А.Оспанова, Н.Т.Джайнакбаев**  
**РОЛЬ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИХ АНАЭРОБОВ В ЭТИОЛОГИИ**  
**ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**РИНОФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Кафедра ОРЛ Шымкентского государственного медицинского института**  
**(Казахстан)**

В литературе последних лет обсуждается роль неспорообразующих анаэробных бактерий в развитии гнойно — воспалительной патологии верхних дыхательных путей, в частоте которых не отмечается тенденции к снижению. Неспорообразующие анаэробы, являющиеся представителями нормальной микрофлоры носоглотки и ротоглотки, при снижении общей иммунологической реактивности (общее и местное переохлаждение, нерациональная антибиотикотерапия, перенесенная ранее ангина и др.) преодолевая тканевые барьеры, могут вызвать гнойно — воспалительные процессы. Традиционные методы исследования в анаэробных условиях не позволяют диагностировать неклостридиальную анаэробную инфекцию. Для ее выявления необходимо проводить исследования в специализированной микробиологической лаборатории с использованием анаэробной техники.

Нами произведено бактериологическое исследование гноя у 35 больных острым гнойным риносинуситом, а также у 26 больных с паратонзиллярными абсцессами в возрасте от 16 до 45 лет. Больным с паратонзиллярным абсцессом производилась пункция гнойника с последующим вскрытием и разведением краев разреза. Гнойное отделяемое из носового хода забирали в стерильный шприц и переносили во флакончик с питательной средой. Со слизистой оболочки боковой стенки глотки тампоном брали мазок из места локализации абсцесса. Материал доставляли в бактериологическую лабораторию в течение 1 — 3 часов.

Изучение анаэробной флоры проводилось с использованием строгой анаэробной техники по методике, включающей видовую идентификацию микроорганизмов и определение чувствительности к 20 антибиотикам. Материал, взятый в анаэробных условиях, исследовался по общепринятой методике. Рост микрофлоры получен у всех больных. Всего выделено 68 штаммов микроорганизмов, в том числе 17 — неспорообразующих анаэробов, 51 — аэробов. Среди ассоциаций бактерий анаэробно — аэробные ассоциации обнаружены в 10 случаях, аэробные — в 12. Идентифицировано 14 видов анаэробов и 14 видов аэробов. Среди анаэробов выделено 7 штаммов грамотрицательных палочек (бактероиды, фузобактерии), 4 штамма грамположительных кокков (пептострептококки, пептострептококки) и 3 штамма грамотрицательных кокков (вейлонеллы). Выделенные штаммы анаэробов обладали высокой чувствительностью к метронидазолу, клиндамицину и эритромицину.

Аэробные микроорганизмы были представлены стрептококками (27 штаммов),

стафилококками (11), грамотрицательными неферментирующими бактериями (7) и энтеробактериями (5). Аэробные микроорганизмы оказались чувствительными к цефалоспорином (клафоран, фортум, кефзол) и аминогликозидам (сизомицин, гентамицин). Нами установлено, что при бактериологическом исследовании пунктатов число выделенных микробных ассоциантов было значительно больше, чем при анализе проб, взятых в аэробных условиях. Использование анаэробной бактериологической техники позволяет значительно расширить спектр идентифицируемых микроорганизмов по сравнению с общепринятой методикой. Это значительно повышает информативность бактериологического исследования при паратонзиллярных абсцессах и облегчает последующий подбор рациональной антибиотикотерапии.

**А.Л.Фаянс, Б.М.Цецарский, В.И.Кошель, Н.В.Махлиновская**  
**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ПО**  
**ДАНЫМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА У**  
**БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМИ**  
**РИНОСИНУСИТАМИ**

**Клиника ОРЛ Ставропольской государственной медицинской академии**

У больных хроническими полипозными риносинуситами выявляются изменения со стороны вегетативной нервной системы (ВНС), (Д.И.Тарасов, 1965; В.П.Коломейцевым, 1977; М.С.Плужников и соавт., 1986; С.В.Рязанцев, 1991 и др.).

Мы провели анализ показателей кардиоинтевалограмм (КИГ) характеризующих вегетативный гемостаз и устойчивость регуляции у 340 больных хроническими полипозными риносинуситами в возрасте от 16 до 69 лет. У 74 больных выявлен полипозный этмоидит, у 24 — его комбинация с гайморитом. Длительность заболевания — от 1 года до 16 лет. Классификация и оценка различных характеристик сердечного ритма проведена согласно данным, полученным Р.М.Баевским (1984).

Показатели вегетативного тонуса у 242 (71,1%) свидетельствуют о выраженном (52,4%) и (18,7%) умеренном преобладании парасимпатической нервной системы (ПНС), вегетативный гемостаз сохранен у 36 (19,5%) больных, а умеренное (10,3%) и выраженное (7,9%) обследованных. Дисрегуляция центрального типа отмечена у 194 (57,0%) пациентов, дисрегуляция с преобладанием активности ПНС и СНС у 21,4% и 14,3% соответственно, переходный процесс 8,3%.

Полученные данные свидетельствуют о нарушении вегетативного тонуса у 89,5%, изменении в системе устойчивости у всех обследованных, что можно охарактеризовать слабостью процессов мобилизации ресурсов, снижением резервных возможностей организма, возбуждением подкорковых центров и центрального контура управления у больных хроническими полипозными риносинуситами.

Для лечения больных хроническими полипозными риносинуситами, нами предложена методика комплексного лечения, состоящая из полипотомии носа в сочетании с внутриносовой и аппликационной сорбцией жидким сорбентом ПВС, энтеросорбции сферическим угольным сорбентом ФЕН и внутрисосудистым лазерным облучением крови.

После проведенного лечения отмечена нормализация вегетативного тонуса у 79,4% пациентов и показателей устойчивости регуляции у 72,1%. Рецидивы заболевания выявлены у 21,1% больных, причем в показателях КИГ после лечения и обследования через 1 год отсутствовала определенная динамика.

Таким образом, показатели КИГ, у больных хроническим полипозным риносинуситом имеют клиническое значение для выявления изменений ВНС и для контроля за эффективностью лечения и возможностью прогнозирования течения заболевания, а предлагаемый лечебный метод может быть рекомендован к внедрению в практику работ ЛОР стационаров.

**Н.М.Хмельницкая, А. А.Ланцов, Л.М.Ковалева**

### **КРИТЕРИИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОШИБОЧНОМ ДИАГНОЗЕ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ**

**Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи**

Вопросы диагностики юношеской ангиофибromы носоглотки (ЮАН) на ее ранних стадиях остаются актуальными, так как ошибочный диагноз ведет к необоснованному выбору способа операции и связанным с ними осложнениями. Изучен биопсийный материал от 39 больных, которые были направлены по поводу подозрения на ЮАН. У 11 детей диагноз при дальнейшем обследовании не подтвердился, у остальных 28 пациентов была диагностирована ЮАН. У всех больных основными жалобами были затрудненное носовое дыхание и кровотечения из носа.

Особый интерес в плане диагностики представляют случаи, где диагноз ЮАН не подтвердился. Удаленные хоанальные полипы, достигавшие крупных размеров, были подвергнуты морфологическому исследованию. Как правило, они имели плотную консистенцию за счет фиброза стромы. Воспалительные изменения носили продуктивный характер, в клеточных инфильтратах преобладали клетки лимфоидного ряда, встречались плазматические клетки, эозинофилы. Аллергический характер воспаления, повышение сосудистой проницаемости и плазматическое пропитывание собственного слоя слизистой оболочки вызывали возникновение полипов, которые ошибочно были диагностированы как ЮАН. Значительные размеры хоанальных полипов, выраженная коллагенизация их створомы и обильная периваскулярная воспалительная клеточная инфильтрация являются морфологическими признаками, затрудняющими дифференциальную диагностику хоанальных полипов и ЮАН.

**Н.В.Чичкова, С.И.Овчаренко, Н.П.Константинова**

### **ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**Кафедра внутренних болезней N1 лечебного факультета и кафедра болезней уха, горла и носа ММА им И.М.Сеченова (Москва)**

Обследовано 56 больных бронхиальной астмой (БА) с различными заболеваниями носа (Н) и околоносовых пазух (ОНП). Среди них у 37 пациентов диагностирована БА инфекционно —аллергического, у 19 —атонического генеза. У 41 больного отмечено тяжелое, у 15 — среднетяжелое течение заболевания, 6 больных имели гормонозависимый вариант БА. Проведенное обследование, включавшее в себя эндоскопию полости носа и ОНП, а также рентгенологическое исследование, томографию и термографию ОНП, выявило у 49 (87,5%) больных аллергическую риносинусопатию (АРСП), у 7 (12,5%) пациентов — ринопатию. Обнаружены особенности поражения Н и ОНП у больных

инфекционно — аллергической и атонической БА. Так, в обеих группах наиболее часто диагностирована АРСП, в том числе у 35 больных инфекционно — аллергической и у 14 пациентов атонической БА. Вместе с тем, у больных атонической БА обнаружены лишь отечная (9 больных) и полипозная (5 больных) формы заболевания. У пациентов БА инфекционно — аллергического генеза помимо отечной (19 больных) и полипозной (8 больных) форм АРСП, диагностирована и полипозно — гнойная форма АРСП.

Для оценки выраженности обструктивного синдрома у больных БА с различными заболеваниями Н и ОНП был проведен сравнительный анализ показателей функции внешнего дыхания (ФВД). Выявлено снижение показателей ФВД — МВЛ и ЖЕЛ ( $S = 0,56$  и  $0,48$ , соответственно) — по мере «утяжеления» сопутствующей ЛОР— патологии. Обнаружено достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) МВЛ у больных полипозно — гнойной формой АРСП ( $64,5\% \pm 5,0\%$ ), по сравнению с полипозной формой АРСП (МВЛ =  $77,0\% \pm 8,0\%$ ). Аналогичная тенденция отмечена при оценке нарушений бронхиальной проходимости (по данным кривой форсированного выдоха). Выявлено значительное снижение показателей МОС<sub>25</sub>, 50, 75 у больных полипозно — гнойной формой АРСП, по сравнению с показателями у больных отечной, полипозной формами АРСП и ринитами ( $S = 0,62; 0,65; 0,67$  соответственно).

Таким образом, наиболее частой патологией у больных БА является АРСП, причем ее полипозно — гнойная форма обнаружена лишь в группе больных инфекционно — аллергической БА. Полученные результаты исследования объемных и скоростных показателей ФВД свидетельствуют о несомненном отрицательном влиянии заболеваний ОНП на течение БА, что диктует необходимость комплексного подхода к лечению больных с сочетанной патологией верхних и нижних дыхательных путей.

**А.Л.Шиленков**

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ**

**Областной Ринологический центр. Ярославская областная клиническая больница**

Хирургическая анатомия полости носа и околоносовых пазух включает в себя систему взаимосвязанных между собой образований, таких как носовые раковины, носовая перегородка, структуры латеральной стенки носа, околоносовые пазухи, а также основание черепа, орбиту, крупные сосуды и нервы. Установлено, что в патогенезе хронического синусита важное значение имеют анатомические варианты строения полости носа, особенно в зоне остиомаатального комплекса (ОМК), часто является предрасполагающим фактором к развитию хронического воспаления. Следовательно, предоперационная диагностика должна базироваться на достоверной информации об анатомии всех отделов носовой полости и, особенно, зоны Омк.

Наиболее полноценно отвечает требованиям врача — риолога компьютерная томография (КТ), основные преимущества которой заключаются в следующем:

1. КТ дает пространственное отображение взаимоотношений внутриносовых структур и околоносовых пазух.
2. Позволяет судить о характере анатомических нарушений (вариантов строения) и их влияния на развитие патологического процесса.
3. Оценивает характеристику тканей по их рентгеновской плотности.
4. Может служить картой для планирования объема вмешательства до операции и путеводителем для хирурга во время операции.

В Ярославском ринологическом центре компьютерная томография околоносовых пазух является обязательным методом исследования на предоперационном этапе. В своей работе мы использовали аппараты "Somatom DR3 — Siemens", "Shimadzu", "Toshiba", "General — Electric" (все томографы класса High resolution). В обязательном порядке больным выполнялась КТ в корональной проекции с шагом 2—5 мм от спинки носа до задней стенки клиновидной пазухи и в ряде случаев в аксиальной проекции от дна полости носа до лобной пазухи с тем же шагом. Спектр окна 4000 единиц Хаусфельда (HE), центр окна +600 HE. Установлено, что данные характеристики позволяют получить КТ наиболее высокого качества и четко визуализировать все структуры латеральной стенки полости носа и их взаимоотношения с пазухами, орбитой и основанием черепа.

Всего обследовано 457 больных в возрасте от 5 до 74 лет. Мужчин было 241, женщин — 216. Выполнено 524 КТ исследования. У всех обследованных больных в дальнейшем было произведено эндоназальное оперативное вмешательство. Послеоперационное исследование выполнено у 67 пациентов.

Оценка полученных данных производилась по следующей схеме:

- система околоносовых пазух — степень поражения (состояние стенок, слизистой оболочки, наличие секрета в просвете, наличие полипов — ткани);
- состояние ОМК — наличие его блока и степень выраженности последнего;
- варианты анатомического строения — недоразвитие синусов, буллезная средняя раковина носа, парадоксальная средняя раковина, инвентированный крючковидный отросток, гиперпневматизация клеток *aggei nasi*, наличие клеток Haller'a, клеток Onodi и др. Особое внимание обращалось на присутствие нескольких анатомических вариантов и их взаимное расположение;
- наличие деформации носовой перегородки — степень выраженности, локализация, форма;
- состояние структур, тесно связанных с полостью носа и околоносовыми пазухами — дно передней черепной ямки, стенки орбиты, зрительный нерв, внутренняя сонная артерия.

В результате анализа полученных данных мы пришли к выводу, что наличие у больного на предоперационном этапе КТ околоносовых пазух позволяет планировать весь объем оперативного вмешательства. Так, нами обнаружено полное совпадение данных КТ и интраоперационных находок в 96,3% случаев, причем доля расхождений не касалась принципиальных моментов и не влияла на ход оперативного вмешательства. Выполнение КТ в послеоперационном периоде целесообразно только в случаях сомнительного результата операции, при рецидивировании процесса и неэффективности консервативного лечения. В большинстве случаев в послеоперационном периоде достаточно проведения послеоперационного анкетирования больных, эндоскопического контроля, риноманометрии и акустической ринометрии.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РИНОХИРУРГИЯ**

**И.И.Абабий, А.М.Гагауз**

### **ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Yag-NA ЛАЗЕРНОГО ЛУЧА В КОНТАКТНОМ РЕЖИМЕ**

**Государственный медицинский университет им. Н.П.Лестемциану  
(Кишинев, Молдова)**

Под нашим наблюдением находились 246 детей в возрасте от 5 до 14 лет, 188 из них страдали нейровегетативной формой вазомоторного ринита, 19 — аллергической и 39 — гипертрофическим ринитом. Давность заболевания — от 2 до 6 лет. Всем больным было выполнено контактное хирургическое воздействие на нижние носовые раковины лазерным лучом с длиной волны 1,06 мкм, подведенным через кварц — полимерное волокно. Использовался аппарат ЛТН—102 Ульяновского радиолампового завода, адаптированный для лазерной хирургии. Показаниями для контактного лазерного воздействия были выраженные симптомы вазомоторного и гипертрофического ринита, которые не удавалось купировать повторными курсами консервативного лечения. Противопоказаниями к лазерной операции были хронические гнойные синуситы в фазе обострения, выраженная девиация перегородки носа, костная гипертрофия нижних носовых раковин и аденоиды I—III степени.

За неделю до операции больным отменяли сосудосуживающие капли и физиотерапевтические процедуры. После адекватной психологической подготовки у большинства больных операция проводилась под местной анестезией аппликаций 2% раствора дикаина или ксилокаина на слизистую оболочку нижних носовых раковин. У детей младшего возраста, а также у больных с психомоторным возбуждением операция выполнялась под внутривенным кеталаровым наркозом. При вазомоторном рините осуществлялась точечная контактная деструкция передних отделов нижних носовых раковин. При гипертрофическом рините проводилась подслизистая лазерная деструкция, этим же методом оперировались те больные, у которых в течение месяца не отмечалось эффекта от точечного лазерного воздействия (А.М.Гагауз, 1988; М.С.Плужников и соавт., 1991). Для подслизистой деструкции в зависимости от размеров нижних носовых раковин использовались кварцевые моноволокна диаметром от 0,4 до 1,0 мм с конусовидным рабочим концом (И.И.Абабий, А.М.Гагауз, 1995).

Результаты наблюдения за оперированными показали, что значительное улучшение было отмечено у 141 больного с нейровегетативной формой вазомоторного ринита, у 12 с аллергической формой и у 32 больных, страдавших гипертрофическим ринитом. Улучшение отмечено у 47,5 и 7 пациентов соответственно. Лишь у двух детей с аллергической формой ринита не было отмечено положительного эффекта от лечения. Максимальный срок наблюдения составил 7 лет. Представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности контактного хирургического лазерного воздействия с длиной волны 1,06 мкм при лечении больных вазомоторным и гипертрофическим ринитом у детей.

**Ю.Г.Александров, Ю.П.Кузнецов**

**ПРИМЕНЕНИЕ ГОМОТРАНСПЛАНТАТА С  
БИОСОВМЕСТИМЫМ ПОКРЫТИЕМ В РИНОПЛАСТИКЕ**

**Чувашский государственный Университет имени Н.И.Ульянова**

В настоящее время производится большое количество разнообразных операций для устранения деформаций и дефектов наружного носа. Большинство из них выполняется с косметической целью и, естественно, это требует от хирурга весьма тщательной и деликатной оперативной техники, а также индивидуального и творческого подхода в каждом случае.

В данной работе мы хотим поделиться своим опытом по устранению седловидной деформации носа. Хорошо известно, что для этих целей в подавляющем большинстве случаев используется контурная пластика различными трансплантатами. Идеальным материалом для этих целей являются ауто— или гомотрансплантаты из хряща, но их использование сопряжено с определенными сложностями. Рассасывание, трудности в получении трансплантата необходимой формы, его длительная фиксация ведут к рецидивам деформации; при применении аутоотрансплантата возникает необходимость в нанесении дополнительной операционной травмы, удлинении времени операции, связанной с забором материала; при использовании гомотрансплантатов необходимо иметь банк консервированных тканей, что не всегда возможно по техническим и финансовым причинам. Все это, несомненно, ограничивает применение подобных трансплантатов и подталкивает практических врачей, занимающихся этой проблемой, к поиску новых материалов и методов для устранения седловидной деформации носа. В последние годы для выполнения подобных операций нами используется имплантат с нанесенным биосовместимым карбиновым покрытием.

Данная технология разработана в Чувашском Государственном университете имени Н. И. Ульянова (авторское свидетельство N 1494554), и прошла успешные клинические испытания в кардиохирургии, офтальмологии и других областях. Технология производства карбинового покрытия позволяет одновременно стерилизовать материал. Основываясь на этих качествах, для замещения седловидного дефекта носа мы использовали формализированный хрящ перегородки носа, взятый во время операции. Из полученного материала по гипсовой модели изготавливали индивидуальный для каждого больного имплантат. В дальнейшем имплантат подвергался вакуумной обработке с нанесением карбинового покрытия.

Поскольку эндопротезы и шовный материал уже применяются в некоторых разделах медицины, изготовленный хрящевой имплантат устанавливался в область дефекта носа. Подобные трансплантаты использованы у 16 пациентов с седловидной деформацией носа. Послеоперационное заживление раны было гладким, воспалительных осложнений не наблюдалось. Срок наблюдения после операции составил от 6 месяцев до 1 года. В отдаленном периоде больные не предъявляли жалоб. Трансплантаты были плотно фиксированы и не смещались, чувствительность кожи над ними не нарушалась. В практике такие трансплантаты мы применяем не только для контурной пластики спинки носа, но и для пластики других отделов лица. Наш клинический опыт позволяет рекомендовать хрящевые трансплантаты с карбиновым покрытием для выполнения различных восстановительных операций.



Р.Г.АНИУТИН, И.А.Романов

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ**

**Кафедра ОРЛ Московского медицинского стоматологического института**

Клинические особенности и проявления перфоративного одонтогенного гайморита (ПОГ) требуют дифференцированного подхода к выбору метода его хирургического лечения. Разрушение части альвеолярного отростка при сложном удалении зуба и развитие воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе требуют хирургического подхода, отличного от классической операции Калдуэлла—Люка. За последние 2 года в нашей клинике наблюдались 170 больных с ПОГ в возрасте от 15 до 66 лет, из них мужчин — 90, женщин — 80. Они были распределены на две группы.

В первую группу вошли 66 больных с острым ПОГ и еще несформировавшимся свищевым ходом. Пациенты этой группы лечились амбулаторно. После обработки альвеолы и пазухи антисептиком через перфорацию им была выполнена пластика перфорации с использованием биоматериалов. Во время операции иссекали формирующийся свищевой ход, удаляли грануляции и мелкие полипы. В зависимости от величины дефекта в альвеолярном отростке у 46 больных был применен отечественный препарат колапол, выпускаемый фирмой «Поликом» в виде блоков 25x10x5 мм, а у остальных 20 — деминерализованный замороженно — высушенный костный метрике (ДЗВКМ) в виде пластин размерами 30x10 мм, выпускаемый Американской ассоциацией тканевых банков. У всех этих больных послеоперационный период протекал без осложнений. Через 6 — 8 месяцев у 57 пациентов этой группы отмечено восстановление достаточной ширины и высоты альвеолярного отростка, а в области дефекта — образование кости нормального строения.

Вторую группу составили 104 больных с хроническим ПОГ и сформировавшимся свищом верхнечелюстной пазухи, лечение их проводилось в условиях стационара. После промывания пазухи антисептическим раствором всем больным была выполнена операция Калдуэлла—Люка с иссечением свищевых ходов. У 32 пациентов пластика свища произведена ДЗВКМ и слизисто — надкостничным лоскутом, у остальных 72 — только лоскутом со щеки. У 28 больных, оперированных с использованием ДЗВКМ, отмечено формирование достаточной ширины и высоты альвеолярного гребня, что создало возможности для успешного ортопедического лечения.

Среди больных, у которых пластика производилась только слизисто — надкостничным лоскутом, в 50 случаях осложнений не было, у 12 наблюдался рецидив свища, у 8 — рецидив хронического гайморита, а у 2 — прозальгия ветвей подглазничного нерва. Спустя 5—8 месяцев после операции у 56 больных оставался дефект кости альвеолярного отростка, уменьшение высоты и ширины последнего, а у 27 из них — еще и деформация свода преддверия рта, что создавало трудности при ортопедической реабилитации.

Эти результаты свидетельствуют о целесообразности использования ДЗВКМ и препарата колапол при пластике свищевых ходов и альвеолярного отростка верхней челюсти.

**В.Н.Бакумов, Е.А.Набатова, И.В.Андреева, А.С.Дранников, В.В.Ускова,  
Б.О.Шахаб**

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ХИРУРГИИ В РИНОЛОГИИ**

### **Отделение ОРЛ Волгоградской областной клинической больницы**

В настоящее время многих врачей привлекает использование ультразвука (УЗ) в лечении различных заболеваний. Причина этого в выраженном и многогранном действии УЗ на биологические структуры организма. Нами обобщен опыт лечения 279 больных с различными формами патологии полости носа. Представлены показания, техника УЗ воздействия, динамика риноскопической картины и функциональные результаты.

Общеизвестно, что при таком распространенном заболевании как вазомоторный и гипертрофический ринит применяются самые разнообразные методы лекарственной терапии и физические факторы, однако достаточного эффекта от лечения часто не бывает. Используемые хирургические и полухирургические методы (конхотомия, гальванокаустика и др.) травматичны, нередко сопровождаются обильными кровотечениями, образованием синехий и тяжело переносятся больными. С появлением УЗ аппаратов (ЛОРА—ДОН и ЛОРА—ДОН —2) преимущества УЗ хирургии сразу ощутили и врачи и пациенты. Снижается усилие при резании тканей, имеется достаточный гемостатический, анальгезирующий и бактериостатический эффект, снимается эмоциональное напряжение у больного.

УЗ — дезинтеграция нижних носовых раковин выполнена у 99 больных с различными формами гипертрофического ринита и у 140 больных вазомоторным ринитом. Будут представлены методика вмешательства, риноскопическая картина в послеоперационном периоде в зависимости от формы ринита. Стойкое улучшение и восстановление носового дыхания отмечено у 207 больных к концу первого месяца с момента операции. Нижние носовые раковины уменьшились в объеме, слизистая оболочка их стала розовой, влажной, над зоной воздействия дезинтегратора, по всей длине раковины определялось плавное втяжение слизистой оболочки. При кавернозной и фибринозной форме ринитов (32 больных) результаты были неубедительными, потому в лечении этих форм ринита мы отдаем предпочтение подслизистой вазотомии по методу С. З. Пискунова и подслизистой остеоконхотомии.

Неоценимую помощь УЗ контактная дезинтеграция оказывает при остановке носового кровотечения. Только у трех из 18 больных потребовалось повторное УЗ воздействие. УЗ метод вмешательства на костно — хрящевом скелете носа (М.Е.Вишцкий, 1993) выполнен у 11 больных с искривлением перегородки носа (гребни, шипы). Единым блоком срезали шип с мукоперихондрием. Реактивные изменения при этом были столь незначительными, что не требовали назначения медикаментозной терапии. Через сутки пациенты выписывались на амбулаторное наблюдение.

Таким образом, использование в ринохирургии УЗ инструментов чрезвычайно перспективно, т.к. операции с их применением являются физиологически обоснованными, менее травматичными и позволяют сократить как продолжительность самого вмешательства, так и сроки нахождения в стационаре, а ряд операций выполнить амбулаторно.

**А.Г.ВОЛКОВ**

## **ЩАДЯЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ СТЕНОК ЛОБНЫХ ПАЗУХ**

**Ростовский государственный медицинский университет**

Переломы стенок лобных пазух стоят на первом месте по частоте среди переломов стенок околоносовых пазух (А.А.Каменева, 1974). В преобладающем большинстве случаев ринологи проводят ревизию пазух и репозицию отломков экстраназальным путем с сохранением воздухоносной пазухи и формированием лобно — носового соустья (В.А.Броницкий и соавт., 1989), реже — с последующей облитерацией просвета пазухи жировой тканью (А. Willis, P. Donald, 1988). В.Г.Зенгер и соавт. (1993), М.П.Николаев и соавт. (1995) устраняют косметический дефект в отдаленном послеоперационном периоде подсадкой гомотрансплантата или полимерных материалов. R. Stanley, T. Shih (1986) считают целесообразным протезирование поврежденных стенок лобных пазух через венечный разрез.

В ЛОР клинике РГМУ в течение двух лет проводилось лечение 11 больных в возрасте 16 — 42 лет с закрытыми переломами стенок лобных пазух. У 10 из них переломы передних стенок лобных пазух сочетались с переломами нижних стенок, у 4 — с переломами межпазушной перегородки. При сочетанных повреждениях у 6 больных компрессионные переломы нижних стенок носили многооскольчатый характер. Давность травмы к моменту хирургической ревизии составляла от 7 до 38 дней.

Основными этапами лечения были: 1) небольшой разрез мягких тканей, соответствующий размеру и локализации перелома; 2) скрепление отломков больших размеров между собой и с неповрежденными участками лицевого скелета; 3) эндоназальное расширение лобно — носового канала и введение через него в просвет пазухи трубчатого дренажа; 4) фиксация отломков в ране до их консолидации между собой и устранение их подвижности. Благодаря эффективности применяемого лечения в течение 10—12 дней после операции, устраняется подвижность костных отломков любой величины; 5) ликвидация костного дефекта стенки (или стенок) лобных пазух с помощью деминерализованных костных трансплантатов (ДКТ). ДКТ довольно давно и успешно применяются в ринологии, в том числе и для пластики стенок околоносовых пазух (В.Н.Горбачевский и соавт., 1990).

Через 10—12 дней после первичного вмешательства проводили хирургическую пластику костного дефекта. Мы моделируем из ДКТ протезы по форме и величине замещаемого дефекта и устанавливаем их под надкостницей. После пластики мягкие ткани лобной области зашиваем наглухо. Дренажную трубку из лобной пазухи удаляем на 20 — 25 день после операции. Косметические и функциональные результаты вмешательства можно расценить как удовлетворительные.

**Т.И.Гарашенко, А.П.Китайгородский**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра ОРЛ педиатрического факультета Российского государственного  
медицинского университета (Москва)**

Острый и хронический синусит — частое заболевание в детском возрасте. В структуре общей заболеваемости ЛОР — органов у детей по материалам нашей клиники он составляет от 18% до 29%. Частота орбитальных осложнений при воспалении

околоносовых пазух у детей варьировала в разные годы от 10% до 27%, с тенденцией к нарастанию в последние годы. С 1984 по 1995 год в клинике прошли лечение 4208 детей с острыми и хроническими синуситами в возрасте от 5 дней до 15 лет. Из них 522 больных (12,4%) имели орбитальные осложнения. При остром процессе эти осложнения составили 13,5% (450 детей), а при хроническом — 8,3% (72 детей). Если у пациентов периода новорожденности острый гнойный процесс в пазухах развивался вторично, на фоне сепсиса, то в возрасте старше 6 месяцев в этиологии синуситов превалировала вирусно — бактериальная инфекция на фоне врожденных и приобретенных временных или постоянных состояний иммунодефицита.

Особенностью риногенных орбитальных осложнений у детей младшей возрастной группы следует считать яркую орбитальную симптоматику, не соответствующую степеней и поражения околоносовых пазух, эндориноскопической картине. До 63% случаев в этой возрастной группе составляют негнойные формы поражения (реактивный отек клетчатки орбиты, диффузное негнойное воспаление орбиты, остеопериостит). У детей младше 1 года орбитальные осложнения сочетались с поражением верхней челюсти (особенно у детей до 6 месяцев), с множественными септическими очагами, в том числе в легких, трубчатых костях, септическим энтероколитом.

В возрастной группе до 3 лет превалировал этмоидит, с 3 до 7 лет — гайморитомидиты с острым течением процесса. В возрасте 7—14 лет характер риногенных орбитальных осложнений изменялся в сторону увеличения числа гнойных форм воспаления орбиты. Из 88 случаев абсцедирующего воспаления глазницы 57 случаев пришлось на старшую возрастную группу. Проводя эндоскопическое исследование полости носа у детей с неосложненными и осложненными формами острых синуситов, мы установили, что при тяжелых риногенных осложнениях частота выявления аномалий строения латеральной стенки полости носа почти вдвое выше, чем при неосложненных синуситах.

В течение последних 20 лет в клинике разработана и применяется эндоназальная микрохирургическая техника дренирования и вскрытия околоносовых пазух. С 1984 года с этой целью используются эндоскопы. Объем оперативного вмешательства определяется возрастом ребенка и данными комплексного обследования околоносовых пазух и глазницы (рентгенография, в том числе с выведением клеток решетчатого лабиринта, экстра— и эндоназальная диафаноскопия, ультразвуковое исследование, а при хронических процессах, ретробульбарных осложнениях в заинтересованности задней группы пазух — компьютерная и магнитно — резонансная томография).

Если у детей раннего возраста достаточным объемом операции была средняя конхотомия, вскрытие решетчатой буллы, то в старших группах требовалась передняя этмоидотомия со вскрытием верхнечелюстной пазухи, ревизия лобного кармана со вскрытием клеток *aggeg nasi* и задних решетчатых клеток. Осумкованные абсцедирующие процессы и диффузные гнойные флегмонозные изменения в орбите дренировались окулистами или вскрывались эндоназально через медиальную стенку орбиты эндоскопическим доступом после передней или задней этмоидэктомии.

Адекватная антибиотикотерапия, дезинтоксикационная, иммунокорректирующая лимфотропная терапия наряду с активной хирургической тактикой дренирования пазух и постоянной аспирацией, использование препаратов на полиэтиленоксидной основе, привели к выздоровлению подавляющего числа пациентов. Исключения составили двое больных, у которых слепота развилась на фоне тромбоза кавернозного синуса и неврита зрительного нерва. Следует отметить, что в анамнезе у детей, перенесших воспалительные процессы в околоносовых пазухах с орбитальными осложнениями, встречалось раннее снижение остроты зрения до 0,4 — 0,5, изредка птоз на стороне поражения. Эти же

проявления отмечались у детей с острыми синуситами и орбитальными осложнениями в грудном возрасте.

**И.Германн**  
**37-ЛЕТНИЙ ОПЫТ МИКРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ**  
**ХИРУРГИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА, ВСЕХ ОКОЛОНОСОВЫХ**  
**ПАЗУХ И СЛЕЗНОГО МЕШКА ПОД ОБЩЕЙ**  
**ГИПОТЕНЗИВНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ**

**Отделение ОРЛ госпиталя Альфреда Крупна (Эссен, Германия)**

В 1958 году Hans Neermann описал метод удаления крючковидного отростка и решетчатых клеток под контролем бинокулярного микроскопа. После 1958 года все внутриносые операции, включая вмешательства на перегородке носа, выполняются под контролем микроскопа, при этом мы также используем зеркала и эндоскопы. Для освоения этой методики требуется тренировка на 50 трупах и постоянное наблюдение за ходом операций через параллельную приставку и на экране монитора.

Для достижения хорошего результата необходима гипотензивная анестезия, например, с использованием пропофола, клонидина и эстомола гидрохлорида. Для того, чтобы голова больного находилась в удобном для хирурга положении, применяется специальный подголовник. Микроскоп при этом находится в балансирующем положении, фокусировка микроскопа обеспечивается движениями головы хирурга. При этом кровотечение не мешает ходу операции, кровь стекает кзади с основания черепа без аспирации. Положение головы больного аналогично таковому при обычном осмотре. Если микроскоп не дает достаточного обзора верхнечелюстной пазухи и лобной воронки, применяют зеркала и эндоскопы.

Выполнено 14000 этмоидэктомий (в 1993 году — 942), ятрогенная ликворрея была отмечена в 5 случаях (0,03%), пластика фистул во всех случаях была произведена одномоментно височной фасцией. Источник спонтанной ликвореи в 70% случаев находился в задних отделах ситовидной пластинки. Для его пластики разработана новая техника с использованием лоскута из височной фасции в форме височных часов, проводимого через перегородку носа для лучшей фиксации. Закрывание больших дефектов выполнялось реберным ауто трансплантатом путем краниотомии. Получены стойкие результаты при сроке наблюдения до 20 лет.

С 1912 года вот уже три поколения ринохирургов выполняют в среднем 98 операций на слезном мешке ежегодно. Сейчас мы можем оценить результаты этих операций у 659 пациентов при сроке наблюдения 5 лет. Удовлетворительные результаты получены в 94% случаев, включая и повторные вмешательства после операции по Тотти. Для лечения пресаккального стеноза мы разработали новую эндоназальную технику с циркулярным иссечением рубцовой ткани. Последующее циркулярное рубцевание позволяет сохранить проходимость общего слезного протока. Стенты использовались у 17 больных.

При опухолях носоглотки эмболизация приводящего сосуда облегчает эндоназальное удаление новообразования. Повторная эмболизация способствует размягчению опухоли. Для реконструкции передней стенки лобной пазухи используют кортикальную пластинку из сосцевидного отростка. В течение 35 лет не отмечено ни одного случая внутриглазного осложнения. Кровотечение (например, из решетчатых артерий) останавливают коагуляцией специальным электродом в форме длинной иглы. Из — за

применения гипотензивной анестезии переливание крови не требовалось. Исключения составляют случаи, когда больной поступал в клинику с симптомами значительной кровопотери.

**А. О. Гюсан**

## **МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА**

### **Отделение ОРЛ Карачаево-Черкесской республиканской больницы**

История ринопластики насчитывает более 3000 лет. Ринопластика — один из наиболее сложных разделов пластической хирургии. Это обусловлено сложностью анатомического строения носа, а также необходимостью точного воссоздания правильной формы наружного носа при нормализации его функции. Поэтому, говоря о ринопластике, необходимо иметь ввиду не только хирургическую коррекцию пирамиды носа, но и его перегородки. Мы, как и некоторые другие авторы (С.З.Пискунов, 1990; Р.Г.Захарян, 1990; Senchal, 1978 и др.), придерживаемся методики одновременного выполнения септопластики и косметической ринопластики, при этом всегда начинаем операцию с септопластики. Такая методика сокращает сроки пребывания больного на койке, уменьшает количество хирургических вмешательств и является более физиологичной.

Каждая операция, направленная на коррекцию деформаций носа, какой бы незначительной она ни казалась, проводится нами по заранее намеченному плану. Перед операцией больного фотографируют в анфас и с обеих сторон в профиль, затем снимают гипсовый слепок с наружного носа и отливают гипсовую модель. Фотографии и гипсовая модель служат для оценки имеющейся деформации, а последняя — еще и для подготовки имплантата (если он необходим) и армированной негативной маски.

При оценке деформации мы обращаем внимание на топографию повреждения, его размеры, исследуем функциональное состояние носа. Такой анализ имеющейся деформации дает возможность наметить план операции: вид анестезии, хирургический доступ, размеры имплантата (если он нужен), материал для имплантата, необходимый шовный материал и др. Затем проводим «операцию» на гипсовой модели, согласуя ее результат с пожеланием пациента. После этого на исправленной гипсовой модели наружного носа готовим предложенную нами корригирующую пластмассовую маску из протакрила, армированную П — образными скобами, изготовленными из ортодонтической проволоки. Такая маска легко закрепляется на голове больного, способствует надежной иммобилизации, предохраняет от развития гематом и сохраняет желаемую форму носа. Подобная методика операций при различных деформациях носа применяется нами в течение последних пяти лет и хорошо себя зарекомендовала более чем при 50 различных ринопластических операциях.

Что касается операционного доступа, мы не можем отдать исключительное предпочтение эндоназальному или наружному. Выбор зависит от конкретной деформации и опыта хирурга. При деформациях хрящевого отдела носа мы применяем наружный разрез «птичкой» на кончике носа по А.Э.Рауэру, в остальных случаях проводим эндоназальный разрез, который в косметическом отношении более благоприятен. На наш взгляд, оба доступа должны применяться по определенным показаниям. Латеральная и медиальную остеотомии мы выполняли специальным остеотомом, который подводи к костной пирамиде носа чаще всего через эндоназальный разрез. В качестве имплантата использовали перегородочный аутохрящ, или аллохрящ, консервированный в 0,5% растворе формалина. На всех операциях достигнут хороший функциональный и

косметический результат.

В заключение необходимо отметить, что многообразие вариантов деформаций наружного носа диктует необходимость строго индивидуального подхода к выбору метода ринопластики с учетом психологического статуса пациента.

**В.И.Диденко, А. Д. Тусаков**

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЛОБНЫХ ПАЗУХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГУБЧАТОЙ АУТОКОСТИ И КОСТНОГО МОЗГА**

**Кафедра ОРЛ Запорожского государственного института усовершенствования  
врачей (Украина)**

Среди доброкачественных новообразований лобных пазух наиболее часто встречаются остеомы. При удалении больших остеоом, распространяющихся в полость черепа, носа, глазницу, решетчатый лабиринт и клиновидные пазухи, разрушающих переднюю стенку, Перед ринохирургом всегда встает вопрос, как поступить с образующимся обширным дефектом кости, непроходимостью лобно — носовых каналов, возникшей в результате развившихся вторичных гнойных и полипозно — кистозных процессов в лобных, а зачастую и в решетчатых пазухах. Ряд хирургов прибегает к созданию новых лобно — носовых каналов и пластике дефектов передних стенок различными биологическими и небологическими материалами. Отдаленные результаты таких операций не всегда положительны, поскольку, с одной стороны, облитерация вновь созданного соустья достигает, по данным различных авторов 14—40%, а с другой — пластические материалы в значительном проценте случаев нагнаиваются и их приходится удалять. Другая часть ринохирургов выполняет облитерацию образовавшихся полостей с использованием ауто —, гомо —, гетеро — и аллопластических материалов. Неудачи при таком рода вмешательствах в отдаленном послеоперационном периоде обусловлены нагноением, секвестрацией и отторжением имплантатов. В связи с этим поиск более совершенных пластических материалов является по — прежнему актуальным.

Нашими многолетними экспериментальными и клиническими исследованиями было установлено, что губчатая аутокость, обладая самой высокой остеогенетичностью, пластичностью, устойчивостью к инфекции и быстрой приживляемостью, является самым совершенным пластическим материалом, наиболее полно отвечающим задачам и условиям пластики послеоперационных полостей при хирургии ЛОР органов. Нами впервые было доказано, что выраженность остеогенеза в трансплантате губчатой аутокости и скорость его приживания зависят от количества в нем костного мозга, что последний вызывает иммуноиндукцию, и весь этот процесс резко улучшает трофику и резистентность пораженных окружающих тканей.

Полученные данные позволили нам успешно использовать губчатую аутокость, частично лишенную костного мозга, для реконструкции и пластики лобных пазух после удаления больших остеоом у 17 больных в возрасте от 22 до 48 лет. Мужчин было 12, женщин — 5. Остеомы, занимавшие большую часть одной или обеих лобных пазух и распространявшихся в глазницу и в решетчатый лабиринт, наблюдались у 4 пациентов, в клиновидную пазуху и полость носа — у 2 больных, с разрушением задней и передней стенок пазух в — 4 случаях, в полость черепа, решетчатый лабиринт, полость носа и глазницу — у 2 больных. Вторичный гнойный и полипозно — кистозный фронтит диагностирован у 12 больных, гнойно — полипозный этмоидит — у 5. Эпидуральный

абсцесс выявлен у 2 оперированных, арахноидит и арахноэнцефалит — у 3 больных, флегмона глазницы — у 1 пациента, реактивный инфильтрат тканей глазницы — у 2, субпериостальный абсцесс надбровной области — у 3, остеомиелит лобной кости с свищевым ходом — у 1 больного.

Удаление остеом целиком, после широкой трепанации передней стенки, глазницы и массива Вридля выполнено у 11 больных, у остальных остеома удалена путем фрагментации. Мукопериост пазух тщательно удалялся, эндост скарифицировался до кровоточивости, участки обнажения твердой мозговой оболочки и дефекты глазничной стенки закрывались пластинками губчатой кости, прилежащие клетки решетчатого лабиринта и лобно — носовые каналы изолировались фасциальным лоскутом, а полость пазухи выполнялась измельченной, плотно уложенной губчатой аутокостью, частично лишенной костного мозга, до уровня передней стенки. Губчатая кость с костным мозгом забиралась из крыла подвздошной кости, фасциальный лоскут — из наружной косой мышцы живота (из того же разреза). У больных с субдуральным абсцессом и флегмоной глазницы производилась вторичная пластика дефекта после терапии и разрешения воспалительного процесса. Осложнений в ближайшем и отдаленном периоде мы не наблюдали. У 3 больных через 5 — 9 месяцев после операций наблюдалось частичное рассасывание трансплантата с легким западением передней стенки пазухи.

Таким образом, данные клинических исследований позволяют нам заключить, что использование губчатой аутокости, частично лишенной костного мозга для реконструкции и пластики лобных пазух после удаления больших остеоом является высокоэффективным методом. В основе такой эффективности лежат высокие биопластические свойства губчатой аутокости, остеогенетические и иммуноиндуцирующие способности костного мозга. Противопоказанием к первичной пластике лобных пазух являются внутрочерепные осложнения. Реконструкция и пластика дефектов в последнем случае производится вторым этапом, после клинического выздоровления от синусогенных осложнений.

**В.Драф**

## **ХИРУРГИЯ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА НА 1996 ГОД**

**Отделение ОРЛ-хирургии голом и ими и пластической лицевой хирургии  
клиники г.Фулда (Германия)**

Еще в 1958 году в Германии Н.Heermann стал использовать микроскоп в хирургии околоносовых пазух. В 1969 году W.Messerklinger (Грац, Австрия) впервые применил оптику Hopkins для эндоскопии полости носа и начал выполнять небольшие эндоназальные вмешательства под контролем эндоскопа.

Начав в 1971 году с эндоскопии верхнечелюстной пазухи, мы разработали методы эндоскопии лобной и клиновидной пазух и начали использовать эндоскопы при небольших вмешательствах на различных пазухах. В 1979 году мы приступили к выполнению пансинусотомии, используя комбинированную технику, с применением как микроскопа, так и эндоскопов. Это позволило нам выгодно сочетать преимущества обоих методик. Критическим пунктом больших внутриносовых вмешательств при хронических синуситах является лобная пазуха. Патологические изменения, развивающиеся в ней после операции нередко бывают даже более выраженными, чем до лечения.

Следуя принципу максимально возможного сохранения слизистой оболочки, мы разработали три различных типа эндоназального вскрытия лобной пазухи (типы I — III).



Большинство воспалительных заболеваний лобной пазухи может быть излечено путем одной из этих операций. Будут продемонстрированы хирургическая техника различных доступов к лобной пазухе, показания к их применению и полученные результаты.

Для случаев так называемой «трудной лобной пазухи», лечение которых невозможно осуществить эндоназальным доступом, лучшим выбором является использование остеопластического вмешательства и облитерации лобной пазухи. В настоящее время мы совсем отказались от таких вмешательств, как этмоидэктомия и операция на лобной пазухе по методу Jansen — Ritter.

**Д.И.Заболотный, Ю.В.Митин, К.Н.Веремеенко, В.Е.Макашев,**

**Т.И.Кучеренко**

## **ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ ФИБРИНА В РИНОПЛАСТИКЕ**

**Киевский НИИ уха, горла и носа (Украина)**

Одним из наиболее сложных и ответственных разделов пластической хирургии является восстановление формы наружного носа. Это связано как с его ролью во внешнем облике человека, так и с трудоемкостью и филигранностью хирургических методик, применяемых при ринопластике.

Для повышения эффективности хирургического лечения больных с деформацией и несовершенством анатомической формы наружного носа нами использовались полимеры фибрина, которые включали фибриноген, тромбин с активностью 100 NIH, ионы кальция и ингибитор протеолиза. Их применение приводило к гемостатическому эффекту и предупреждению образования гематом, ускорению репаративных процессов и склеивающему эффекту, что позволяло не накладывать швы. Использование композиций фибрина сопровождалось уменьшением отека и инфильтрации тканей наружного носа в раннем послеоперационном периоде, заживление происходило первичным натяжением, симметрично.

Под нашим наблюдением находилось 92 пациента с деформациями наружного носа. У 25 человек был отмечен ринолордоз, у 22 — ринокифоз, а у 17 — риносколиоз. 28 человек прооперированы по поводу деформации концевого отдела наружного носа. Для устранения седловидной деформации применяли трансплантаты из деминерализованной костной ткани (ДКТ), которые вводили в сформированный тоннель через разрез мягких тканей по Рауэру или через хрящевой разрез в области предверия полости носа.

При указанных деформациях операцию начинали с коррекции формы костного отдела носа. Для этого через эндоназальный разрез выполняли срединную остеотомию, после чего чрезкожным доступом производили боковую остеотомию и редрессацию костей носа, затем поднадхрящично производили резекцию верхнего края четырехугольного хряща. При горбовидной деформации спинки наружного носа удаляли горб с одновременной боковой остеотомией и сближением костей носа.

При сочетании ринолордоза с отсутствием четырехугольного хряща перегородки носа вводили Г—образный трансплантат ДКТ, состоящий из двух частей (горизонтальной и вертикальной). У 16 человек, оперированных с целью коррекции кончика носа, мы использовали метод цельной полоски, который предусматривает сохранение каудального отдела боковых ножек крыльчатых хрящей. У 7 больных нами применен метод прерванной полоски, показанием к которому служили резко выступающий или трапециевидный кончик носа.

Доступ к крыльным хрящам осуществляли через межхрящевой разрез в области свода предверия носа. У пяти пациентов использовали метод «выворота» крыльных хрящей. При выступающем кончике носа мы выполняли разрез — прокол в области колумеллы с резекцией медиальных и латеральных ножек, рассечением мягких тканей между боковой ножкой и грушевидным отверстием. У 2 человек этот объем был дополнен уменьшением передней носовой ости. У 5 больных при широком основании носа производили его сужение. Для этого у основания крыльев носа иссекали клиновидные полоски кожи.

При осмотре через месяц у всех больных был отмечен хороший и удовлетворительный косметический эффект, который сохранялся в отдаленном послеоперационном периоде (1—4 года). Однако, у 3 пациентов с выступающим кончиком носа для достижения лучшего косметического эффекта были проведены реоперации, заключающиеся в дополнительной резекции медиальных и латеральных ножек крыльных хрящей. Таким образом, наш опыт использования полимеров фибрина в ринопластике позволяет рекомендовать их для широкого применения при лечении больных с деформациями наружного носа.

**Ф.Н.Завьялов, И.С.Пискунов, В.Г.Пирогов**  
**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**  
**ХОАНАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ**

**Кафедра ОРЛ Курского государственного медицинского университета**

Особое место в патологии околоносовых пазух занимают хоанальные полипы, многие вопросы возникновения которых не решены до сегодняшнего дня. Под нашим наблюдением находилось 15 больных с хоанальными полипами в возрасте от 9 до 73 лет. У 13 больных полипы исходили из верхнечелюстной пазухи (антрохоанальный полип), у 2 — из клиновидной пазухи (сфенохоанальный полип). Всем больным перед операцией производили компьютерную томографию (КТ) в аксиальной проекции, исследовались бактериальная и вирусная микрофлора, секреторный иммуноглобулин А, секреторный комплемент, рН секрета, температура слизистой оболочки, состояние мукоцилиарной транспортной системы. В связи с тем, что ножка антрохоанального полипа выходит в полость носа в области заднего отдела средней носовой раковины, эндоскопически трудно диагностировать антро— и сфенохоанальный полипы. Точно определяется пораженная пазуха, из которой растет полип, с помощью компьютерной томографии.

Все больные подвергались хирургическому вмешательству с использованием эндоскопов Хопкинса с оптикой 0°, 30°, 70°. Вначале удаляли полип с помощью хоанального крючка или этмоидальных щипцов Блексли. У больных с антрохоанальным полипом выявлялось большое выводное отверстие верхнечелюстной пазухи, которое определялось и на компьютерных томограммах. Однако у 7 из них ножка полипа занимала только половину просвета этого отверстия. Это обстоятельство дает основание утверждать, что большое отверстие не вызвано давлением ножки полипа на его края, а является аномалией развития.

После удаления антрохоанального полипа производилась пункция верхнечелюстной пазухи через лицевую стенку. В просвете ее выявлялись различных размеров кисты, от которых начинался рост ножки полипа. Кисты и остатки ножки удалялись под контролем эндоскопов. Сфенохоанальные полипы исходили из слизистой оболочки передней стенки клиновидной пазухи. После их удаления расширялось соустье клиновидной пазухи за счет удаления части передней стенки.

Удаленные полипы и кисты подвергались гистологическому исследованию. Основание антрохоанального полипа было представлено кистой с эпителиальной выстилкой, которая была окружена отечной стромой, инфильтрированной воспалительными и иммунокомпетентными клетками. Морфологически дифференцировать антрохоанальный и сфеноидальный полипы невозможно. Результаты клинических, эндоскопических и морфологических исследований дают основание считать антрохоанальные и сфенохоанальные полипы самостоятельными нозологическими формами полипозного синусита.

**Л.А.Зуев, А.Г.Балабанцев, А.А.Бондаренко, Л.В.Гуляева, Л.Н.Летягина,  
М.А.Завалий**

## **ПРАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

**Крымский медицинский институт им. С.И.Горьковского (Симферополь,  
Украина)**

Риногенные орбитальные осложнения чаще наблюдаются у детей. В оториноларингологическом отделении РДКБ за 6 лет (1990—1995 годы) лечилось 126 детей с этими тяжелыми и опасными осложнениями. Из них было 45 девочек (35,7%) и 81 мальчик (64,3%). В возрасте до 5 лет было 42 больных (33,3%), отб до Юлет - 33 (21,2%) и от 11 до 15 лет — 51 (40,5%). Оперативное лечение проведено у 54 больных (43,0%), а консервативное — у 72 (57,0%). Причиной орбитальных осложнений является как острый синусит (64 случая), так и обострение хронического синусита (62 случая). Отмечено, что острый синусит вызывал более легкое течение орбитальных осложнений. В этой группе больных 53 (82,8%) больным проведено консервативное лечение, а у 11 (17,2%) больных выполнены оперативные вмешательства. При обострении хронического синусита, наоборот, 43 (69,4%) больным выполнена операция и только у 19 (30,6%) больных удалось добиться выздоровления консервативными методами.

Распределение больных по видам орбитальных осложнений было следующим: периостит орбиты — 1 ребенок (0,8%); субпериостальный абсцесс — 11 (8,7%); реактивный отек век — 75 (59,5%); тромбоз вен орбиты — 2 (1,6%); ретробульбарный абсцесс — 2 (1,6%); флегмона орбиты — 35 (27,8%). Запущенное состояние процесса и поздняя госпитализация (более трех суток с момента возникновения осложнения) отмечены у 40 (74,0%) из 54 оперированных детей. Все больные выписались с выздоровлением, летальных исходов не было. Снижение зрения отмечено у 1 (0,8%) ребенка. Рецидивы синуситов, но уже без орбитальных осложнений, отмечены у 9 больных. У одного ребенка с различными аномалиями развития, включающими синехии и частичную атрезию правой хоаны, а также врожденную узость носовых ходов, наблюдался рецидив синусита с абсцессом глазницы.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что воспаление пазух решетчатой кости констатировано практически у всех больных; у большей части отмечено поражение нескольких пазух одновременно. Это можно объяснить агрессивностью микрофлоры и снижением иммунитета у больных в современных условиях жизни. Среди детей с риногенными орбитальными осложнениями преобладают мальчики (64,3%). Современное хирургическое вмешательство является обязательным условием успешного лечения. Методом выбора является одномоментная радикальная операция на всех пораженных околоносовых пазухах под интубационным наркозом. Обязательным условием успешного выздоровления и отсутствия рецидивов является создание стойкого широкого соустья

оперированных пазух с полостью носа. Для этого необходима резекция средней носовой раковины в нужном объеме и введение двух дренажных трубок в лобно — носовое соустье на срок не менее двух недель. После операции при тяжелых и запущенных риногенных орбитальных осложнениях для сохранения жизни и зрения необходима интенсивная терапия в реанимационном отделении или палате интенсивной терапии.

**А.Л. Ключихин, Г.И. Марков, В.В. Шиленкова**

## **ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ВРЕМЕННЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ВНОВЬ СФОРМИРОВАННОГО ЛОБНО-НОСОВОГО СОУСТЬЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛОБНЫХ ПАЗУХАХ**

**Кафедра ОРЛ Ярославской государственной медицинской академии**

Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения воспалительных заболеваний и новообразований лобных пазух процент рецидивов остается высоким (от 15% до 40%). Одной из основных причин этого является несостоятельность вновь созданного лобно—носового соустья (ЛНС).

Цель работы — профилактика рецидивов острых и хронических фронтитов после хирургического лечения экстраназальным доступом. Прооперированы 32 пациента с патологией лобных пазух. 12 больных (основная группа) оперированы с эндопротезированием ЛНС биосовместимым полимерным эндопротезом ЭФОС, 20 больных (контрольная группа) оперированы методом дренирования лобной пазухи трубками из подручного материала (полихлорвиниловые трубки, красная медицинская резина и т. д.). Мужчин было 22, женщин — 10. Возраст больных — от 17 до 75 лет. По формам заболевания больные подразделялись следующим образом: острый гнойный синусит диагностирован у 3 больных, обострение хронического синусита, в том числе и полипозного — у 15, киста лобной пазухи — у 4, остеома — у 1, мукоцеле — у 9. У 3 больных заболевание сопровождалось риногенным менингитом, у 1 — абсцессом мозга.

В качестве временного протеза—дилататора для вновь сформированного ЛНС в основной группе мы впервые применили полимерные трубчатые эндопротезы из биосовместимых полимерных материалов ЭФОС 1, 2, 3, содержащих антимикробные препараты (диоксидин, хиноксидин) и вещества, способствующие регенерации и эпителизации (преимущественно производные оротовой кислоты). Особенности методики фронтотомии с полимерным эндопротезированием ЛНС заключались в том, что после выполнения фронтотомии во вновь сформированное соустье устанавливался эндопротез, верхний срез которого находился на уровне ниже-медиального угла дна лобной пазухи, а нижний срез выводился в полость носа до уровня нижнего края средней носовой раковины. Эндопротез удаляли на 30—35 сутки после операции.

Динамическое наблюдение за больными показало, что процент рецидивов фронтита, потребовавших повторного стационарного лечения, в обеих группах оставался невысоким:  $8,3 \pm 3,5\%$  и  $15,0 \pm 7,9\%$  соответственно ( $p > 0,05$ ). Однако по числу реопераций значительно превалировала контрольная группа: у повторное вмешательство выполнено у 3 из 20 больных. В основной группе реопераций не было. Среди пациентов контрольной группы в 3 случаях сформировались кожные свищи. В основной группе таких осложнений не наблюдалось.

В течении раннего послеоперационного периода обнаружены следующие различия между группами. Восстановительный период в контрольной группе по сравнению с

основной протекал медленнее, в более поздние сроки исчезали головная боль и выделения из носа, болезненность в области оперированной пазухи и явления воспаления слизистой оболочки полости носа. В связи с этим в контрольной группе выздоровление существенно затягивалось: на санацию околоносовых пазух в основной группе потребовалось  $17,3 \pm 2,9$  дней, а в контрольной группе —  $30,0 \pm 2,8$  дней ( $p < 0,01$ ).

Вывод: Предложенная методика операции на лобной пазухе с использованием полимерного эндопротеза ЭФОС дает возможность сформировать достаточный просвет вновь созданного ЛНС. Она позволяет достоверно уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, требующих реоперации, а также значительно сократить время пребывания больного в стационаре.

**В.С.Козлов**

## **МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ**

**Ринопогический центр. Ярославская областная больница**

Стремление каждого хирурга к минимальной травме при выполнении хирургического вмешательства оправдано и понятно. К настоящему времени предложены десятки методов операций на внутриносовых структурах, как экстра—, так и эндоназальных. Большинство из них касается какой либо одной структуры, будь то перегородка, раковина или пазуха. Однако, по мере накопления опыта практикующий ринолог начинает осознавать, что у большинства больных хирургия только одной части органа, каким является нос, дает либо половинчатый результат, либо этот результат не удовлетворяет ни пациента, ни врача.

Большой прогресс в развитии новых технологий, таких как эндоскопия, компьютерная и МР—томография, акустическая ринометрия и риноманометрия дал новую информацию позволяющую рассматривать околоносовые пазухи (ОНП) как сложную высокодифференцированную структуру, функционирующую как единое целое. Анализ результатов современных методов исследования полости носа и ОНП у больных хроническим синуситом привел нас к выводу о том, что при хроническом процессе в той или иной степени страдают практически все структуры полости носа. Отсюда сам собой напрашивается вывод о целесообразности хирургической элиминации патологических органов и коррекции деформированных образований в ходе одного оперативного вмешательства. Идея эта не является новой, однако лишь на современном этапе, по нашему мнению, можно говорить о ее реальном осуществлении. Для проведения большой внутриносовой операции, например, такой, как одноэтапная пан— или полисинусотомия + реконструкция нижних и средних носовых раковин + септопластика абсолютно необходимыми являются следующие условия:

— до операции: наличие компьютерных томограмм, данных эндоскопии, акустической ринометрии и риноманометрии, максимальное купирование воспалительного процесса;

— интраоперационно: интубационный наркоз с возможностью управляемого артериального давления, дополнительная местная анестезия с добавлением к раствору анестетика раствора адреналина, микроскоп, эндоскоп или бинокулярная лупа, высококачественный инструментарий;

— после операции: интенсивное лечение оперированных полостей до полного заживления раневых поверхностей.

Несомненно, одноэтапное выполнение операции практически на всех структурах

полости носа наносит пациенту гораздо большую травму, нежели операция на одной части органа. Однако, целью хирургии является не сам факт операции, а ее конечный результат. Большой объем операции накладывает на хирурга дополнительные обязательства, главным из которых является уменьшение травматизации костных структур и слизистой оболочки в процессе вмешательства. Для этого необходимо такое знание анатомии, которое позволяет свободно ориентироваться в пространственных взаимоотношениях носа, ОНП, орбиты и полости черепа. Следующим моментом является владение максимальным количеством хирургических вмешательств, предложенных хирургами ранее. Безусловно, необходимым является использование качественной оптики и инструментария.

Термин «минимально инвазивная хирургия» предполагает восстановление анатомии внутриносовых структур, максимально приближенной к нормальной. Параллельно с этим производится удаление патологических образований и части слизистой оболочки, не способной к выздоровлению. Нормализация анатомических взаимоотношений перегородки и структур латеральной стенки полости носа приводит к быстрому и стойкому восстановлению физиологических функций носа. Показания к данному типу хирургии, техника, инструментарий и результаты будут представлены в докладе.

**В.П.Колганов, Б.Г.Нараев**

### **НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН**

**Муниципальная 1 городская клиническая больница скорой помощи г.  
Оренбурга. Оренбургская государственная медицинская академия**

Произведена ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин (УЗД ННР) 380 больным, страдающим вазомоторным ринитом (ВР). Вмешательства выполнены под местной анестезией аппаратом «ЛЮРА—ДОН». Другие методы лечения не применялись. Для оценки эффективности УЗД ННР в отдаленном послеоперационном периоде (1 год и более) обследовано 120 больных в возрасте от 16 до 52 лет. Женщин было 96, мужчин — 24. Давность заболевания, со слов больных, составляла от 3 до 20 лет. Практически все больные до операции в течение длительного времени применяли носовые сосудосуживающие капли. Из числа обследованных больных у 86 до операции были проявления вазомоторного ринита, у 9 — аллергического ринита, у 25 имелось сочетание этих форм.

В 78,3% наблюдений отмечено улучшение состояния больных, характеризовавшееся исчезновением или значительным уменьшением субъективных ощущений дискомфорта в полости носа, прекращением применения сосудосуживающих капель, улучшением (а у 55,8% восстановлением) носового дыхания. Риноскопическая картина характеризовалась отсутствием отека слизистой нижних носовых раковин, нормальной ее окраской и влажностью.

Не отмечено каких—либо субъективных и объективных изменений в состоянии у 11,6% больных, причем у 9 из них имелась аллергическая форма ВР, а у остальных — смешанная. В 8 случаях (6,6%) отмечена диссоциация данных риноскопии и жалоб больных: при нормальном состоянии слизистой оболочки полости носа и свободных носовых ходах больные отмечали необходимость применения сосудосуживающих капель. У всех этих лиц в анамнезе отмечено длительное (от 5 до 20 лет) применение этих капель, поэтому мы склонны рассматривать такую диссоциацию как проявление своеобразной психологической зависимости, возможно связанной с типом и

особенностями высшей нервной деятельности.

У 12 больных (10%) имел место «периодический возврат» проявлений ВР в послеоперационном периоде, связанный с перенесенным ОРЗ или гриппом. Это состояние характеризовалось затруднением носового дыхания, проявлением отека и застойной гиперемии НИР, которые регрессировали крайне медленно (от 1 до 3 месяцев) в сравнении с обычным течением ринита при ОРЗ. В 4 случаях (3,3%) после УЗД НИР отмечено стойкое ухудшение носового дыхания с одной стороны в связи с образованием синехий в полости носа; при этом НИР были нормального цвета и объема. Таким больным произведено ультразвуковое иссечение синехий, после чего носовое дыхание восстановилось. У 3 больных (2,5%) через 11 — 13 месяцев после операции вновь появились клинические проявления ВР. Повторная УЗД ННР по данным наблюдений в течение 1 года дала положительный результат.

**Выводы:**

1. Положительный стойкий эффект от однократной УЗД ННР при ВР отмечен в 78,3% наблюдений.

2. Наличие аллергического компонента ВР является относительным противопоказанием для УЗД ННР.

3. У 10% больных отмечается «периодический возврат» клиники ВР, на фоне ОРВИ, регрессирующий самостоятельно.

4. В 2,5% наблюдений отмечен «стойкий возврат» клиники ВР через 11 — 13 месяцев, потребовавший повторной УЗД ННР.

**Н.И.Кулагин, Т.Х.Гутиева, Р.С.Танаканян**

## **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН**

**Кафедра ОРЛ Северо-Осетинской государственной медицинской академии  
(Владикавказ)**

Лечение хронических ринитов остается актуальной проблемой из-за распространенности данного заболевания. Об этом свидетельствуют многочисленные работы разных авторов и множество предложенных способов лечения. В данной работе мы провели анализ результатов лечения больных методом ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин за последние 3 года. Лечение проводилось низкочастотным ультразвуковым дезинтегратором «Лора—Дон» по общепринятой методике.

Под нашим наблюдением находились 149 больных, из них 52 с гипертрофическим ринитом, 61 с нейровегетативной и 36 с аллергической формами вазомоторного ринита. Женщин было 81, мужчин — 68. Средний возраст больных составил 45 лет. Критериями хорошего результата были восстановление носового дыхания, исчезновение клинических проявлений заболевания и нормализация риноскопической картины. Удовлетворительным результатом лечения считали улучшение носового дыхания, позволяющее больному обходиться без сосудосуживающих капель, неудовлетворительным — отсутствие клинического улучшения или рецидив заболевания в течение года.

Хорошие результаты получены у 69 пациентов, удовлетворительные — у 61, неудовлетворительные — у 19. В последнюю группу вошли 6 больных, получивших гормональную терапию по поводу бронхиальной астмы, пациенты, которым ранее была произведена гальванокаустика нижних носовых раковин, приведшая к изменениям

слизистой оболочки, а также больные, которым по тем или иным причинам не была произведена подслизистая резекция перегородки носа. Таким образом, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, является эффективным методом лечения гипертрофических и вазомоторных ринитов. Стойкое улучшение носового дыхания отмечено у 87% оперированных.

**С.С.Лиманский**

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

### **Кафедра ОРЛ Пензенского института усовершенствования врачей**

Восстановление функций носа является основной задачей в реабилитации больных хроническими синуситами. При коррекции врожденных и приобретенных деформаций наружного носа требуется учитывать и аномалии строения внутриносовых структур. Мы располагаем опытом хирургического лечения 520 больных хроническими синуситами и 196 операций по поводу деформаций наружного носа.

Распространенность патологического процесса в околоносовых пазухах, нарушение дыхательной, обонятельной, калориферной и транспортной функций носа, дренажной и вентиляционной функций околоносовых пазух явились основанием для хирургической тактики, построенной по принципу: «полисинусотомия с акцентом на санацию решетчатого лабиринта, выполняемая с соблюдением щадящих принципов и одновременной внутриносовой реконструкцией». Наиболее частыми элементами вмешательства были этмоидотомия и подслизистая резекция перегородки носа. На эти стержневые элементы при необходимости «наназывались» операции на верхнечелюстной, лобной, клиновидной пазухах, реддрессация носовых раковин, аденотомия, восстановление проходимости клапана носа и пирамиды носа. Предпочтение отдавалось эндоназальному доступу. Даже в тех случаях, когда требовалась ревизия лобной пазухи, операцию начинали с эндоназальных вмешательств (подслизистая резекция перегородки носа, передняя этмоидотомия), что позволяло соблюдать принцип анатомичности. Такая хирургическая тактика дает возможность нормализовать или улучшить носовое дыхание во всех случаях, когда оно нарушено, улучшить обоняние у 56% больных с гипо— и anosмией, а также нормализовать или приблизить к норме показатели транспортной функции носа.

Хирургические вмешательства по поводу деформаций наружного носа в 82% случаев потребовали и внутриносовой коррекции для восстановления носового дыхания. Применены новые элементы в технике ринопластики: упрощенный вариант пластики носового клапана, собственный метод закрытия перфорации перегородки носа с использованием лоскута из нижней носовой раковины, адаптация костного и хрящевого отделов пирамиды носа при уменьшении ее размеров, использование дилататоров при устранении атрезии преддверия носа. Последнее явилось предметом изобретения.

В предоперационном периоде с целью предупреждения осложнений больным назначали УФО на область носа, в послеоперационном периоде применяли препараты, улучшающие реологические свойства крови. После остеотомии производили дренаж подкожной гематомы в области боковых скатов носа. Положительный косметический эффект отмечен у 180 больных. Наш клинический опыт указывает на необходимость внутриносовой реконструкции как при хирургическом лечении хронических синуситов, так и при коррекции деформаций наружного носа.



**В.В.Лонский**

## **ЩАДЯЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ**

**Областная клиническая больница (Оренбург)**

Кисты верхнечелюстных пазух (КВП) достаточно часто встречаются в практике оториноларинголога. Хирургические вмешательства при КВП выполняются, в основном, по двум методам: классическому — по Калдвеллу—Люку или по щадящему. Последний предусматривает удаление кисты через небольшое отверстие в передней стенке пазухи, соустье с полостью носа при этом не накладывается (Н.В.Мишенькин, 1972; Ю.Б.Исхаки, 1972; Р.У.Батыршин, 1988; Г.П.Захарова, 1995). Преимущества щадящей операции очевидны: малая травматичность, сохраняется нормальная архитектура пазухи и мукоцилиарный транспорт. В то же время, одним из частых осложнений этого метода является гнойное воспаление в оперированной пазухе, нередко требующее повторной операции, но уже в классическом варианте (В.П.Нечипоренко, А.П.Селистранов, 1990).

Вместе с тем, можно считать, что к настоящему времени определены следующие условия, при которых может выполняться щадящее вмешательство на верхнечелюстной пазухе. К ним относятся хорошая проходимость естественного соустья и эффективное дренирование пазухи в послеоперационном периоде. С учетом этого нами прооперировано 127 больных с КВП в возрасте от 14 до 60 лет. У всех больных киста была одиночной. Размеры кист варьировали от 1,5 до 3 см. Проходимость естественного соустья оценивали как до операции (при диагностической пункции), так и во время операции путем осмотра медиальной стенки пазухи эндоскопом Хопкинса с углом зрения 30°. В случае выявления изменений в области естественного соустья (отечная слизистая, полип, рубцовая ткань) удаляли патологически измененные ткани. Если же этих мер было недостаточно и можно было прогнозировать блокаду естественного соустья в послеоперационном периоде, последнее расширяли со стороны пазухи или со стороны полости носа. Дренирование осуществляли катетером для венопункции диаметром 1,5 — 2 мм, введенным в пазуху во время операции по игле Куликовского через нижний носовой ход. Ежедневные промывания растворами антисептиков позволяли удалить из пазухи раневой экссудат и кровяные сгустки. Катетер удаляли после того, как промывные воды становились чистыми (в среднем на  $4,0 \pm 1,4$  день).

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали одно осложнение — кровотечение из краев костного дефекта в передней стенке пазухи, которое было остановлено при ее ревизии. За время наблюдения за больными в сроки от 1 до 2 лет гнойное воспаление в оперированной пазухе возникло у 4 (3,3%) из них в течение первых трех месяцев после операции. По нашему мнению, причиной этого послужила ОРВИ, которую больные перенесли накануне. Общая и местная противовоспалительная терапия позволила ликвидировать воспалительный процесс в пазухе и повторной операции не потребовалось. Рецидивов кист мы не наблюдали.

А.С.Лопатин

## **ХИРУРГИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА: СЕПТОПЛАСТИКА ИЛИ ПОДСЛИЗИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ?**

**Отделение ОРЛ Центральной клинической больницы МЦ УД Президента РФ  
Клинический ринологический центр (Москва)**

Ответ на этот вопрос кажется на первый взгляд совершенно очевидным. Преимущества септопластики (СП) в плане профилактики таких осложнений, как перфорация, атрофия слизистой оболочки, флотация перегородки носа (ПН), седловидная деформация и ретракция колумеллы неоспоримы. Метод септопластики по М.Н.Cottle или его аналоги позволяют практически полностью сохранить хрящевой остов вентро — каудальных отделов ПН, обеспечить его стабильность в послеоперационном периоде, кроме того, эти методы дают прекрасный доступ ко всем без исключения отделам ПН во время операции.

Разработанный нами способ СП, в целом повторяет все основные этапы техники М.Н.Cottle: гемитрансфикционный разрез, сепаровка мукоперихондрия на противоположной разрезу поверхности ПН, задняя хондротомия, мобилизация четырехугольного хряща, щадящее удаление искривленных отделов костно — хрящевого остова, а при необходимости их реимплантация. Для улучшения результатов СП мы сочли возможным прогнозировать и использовать в ходе операции те возможные изменения формы хряща, которые наблюдаются после различных хирургических вмешательств.

Дело в том, что исследования многих авторов (Т.Gibson & B.Davis, 1958; H.Fry, 1966; 1967; 1968; S.Hellmich, 1973; W.T.Murakami et al., 1982 и др.) подтверждают наличие в хряще ПН, также как в любой хрящевой ткани организма, сбалансированных биомеханических сил. Эти силы обусловлены упорядоченным расположением хондроцитов. Повреждения хряща во время операции ведут к разрывам клеточных цепочек на одной из его поверхностей. В это время сохраняемая цепочка хондроцитов на противоположной стороне действует как тетива лука, сгибая хрящ таким образом, что поврежденная поверхность становится выпуклой. Отслойка перихондрия на одной стороне также приводит к девиации хряща, причем выпуклой станет та поверхность, на которой отсепарован перихондрий.

Хорошие результаты и отличный доступ ко всем отделам ПН, которые обеспечивает метод СП, привели к тому, что примерно три года назад подавляющее большинство операций на ПН, включая и удаление единичного гребня или шипа, мы выполняли через гемитрансфикционный разрез со скелетированием остова ПН на значительном протяжении. В настоящее время наша хирургическая тактика в этом плане несколько изменилась по двум причинам.

Во —первых, использование СП по М.Н.Cottle и ее модификаций существенно увеличивает риск таких осложнений, как гематома, перихондрит, а также вторичная деформация сохраненных отделов хрящевого скелета ПН. Анализ результатов 200 таких операций показал, что перфорация ПН возникла, причем в отдаленные сроки, только у одного больного (0,5%), зато перихондрит отмечен у двух (1%), гематома — у шести (3%), а вторичная деформация четырехугольного хряща была выявлена у пяти пациентов (2,5%). Во —вторых, нам показалось обоснованным применение к операциям на ПН популярной в последнее время концепции «минимально инвазивной хирургии». Коррекция ПН может быть произведена путем удаления или репозиции отдельных искривленных или выступающих участков через небольшие разрезы (W. Mann, 1994).

Если искривленные участки расположены в кранио—дорзальных отделах, их подслизистая резекция (ПР) может быть очень элегантно выполнена под контролем эндоскопа.

Для нас представляла интерес эволюция собственных взглядов на проблему коррекции ПН. Для этого было проанализировано соотношение между количеством СП и ПР, выполняемых за последние три года. В 1993 году были произведены 31 СП и 5 ПР, в 1994 году — 56 СП и 9 ПР (в том числе одна эндоскопическая), а 1995 году — 55 СП и 37 ПР (в том числе 13 под контролем эндоскопа).

Сейчас мы считаем, что и метод СП и метод ПР имеют право на существование, но у каждого из них есть свои показания. Сразу следует оговориться, что подслизистой резекцией мы называем не метод G.Killian (его мы не используем никогда), а именно ПР гребней, шипов и небольших искривленных участков. Итак, безусловными показаниями к СП являются: сложные посттравматические деформации, деформации со смещением каудального края ПН, С — и S — образные девиации. Показаниями к ПР мы считаем: один или несколько гребней или шипов ПН, отдельные искривленные участки ПН, в частности в области носового клапана, «бугор» ПН. При реоперации на ПН по возможности следует также отдавать предпочтение методу локальной ПР.

**А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов**

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОХИРУРГИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОДЕБРАЙДЕРА**

**Отделение ОРЛ Центральной клинической больницы МЦ УД Президента РФ,  
Клинический ринологический центр (Москва)**

Функциональная эндоскопическая ринопластика становится в последние годы самым популярным методом лечения полипозного риносинусита. Этот метод позволяет точно и щадяще удалить полипы из полости носа и из пораженных околоносовых пазух, обеспечить их хороший дренаж в послеоперационном периоде. Несмотря на прекрасные результаты, методики и технологии в этой области ринопластики продолжают совершенствоваться. Пожалуй, наиболее заметным достижением в ринопластики за последнее время является микродебрайдер «Hummer», разработанный американской компанией «Stryker».

Этот инструмент был изначально предназначен для для эндоскопических вмешательств на суставах, в частности для хирургии височно — нижнечелюстного сустава. Принципиально микродебрайдер (МД) состоит из электромеханической консоли и подключенных к ним ручки с рабочим наконечником, педали и отсоса. В свою очередь, наконечник МД состоит из полый неподвижной части и вращающегося внутри нее лезвия. За счет отрицательного давления, создаваемого отсосом, подлежащая удалению ткань засасывается в отверстие на конце рабочей части, измельчается вращающимся лезвием и аспирируется в резервуар отсоса. Скорость вращения лезвия — от 200 до 3200 оборотов в минуту, она регулируется переключателями на передней панели консоли, а также при помощи педали, причем педаль позволяет менять направление вращения (по и против часовой стрелки). Могут быть использованы различные наконечники, более щадящие и агрессивные, отличающиеся наружным диаметром (от 3 до 4,5 мм) и формой отверстия.

Первый опыт использования МД в ринопластики (R.S.Setliff & D.S.Parsons, 1994; W.M.Hawke & A.W.McCombe, 1995; R.C.Setliff, 1995) дал многообещающие результаты. Применение МД позволило почти бескровно удалять полипы из полости носа и решетчатого лабиринта. При величине отрицательного давления 170—180 мм рт. ст.

удается полностью сохранить неизменную слизистую оболочку. Инструмент позволяет тщательно удалить аденоидные вегетации, а при введении его через троакарное отверстие в передней стенке верхнечелюстной пазухи — внутрипазушную часть антрохоанального полипа или кисту.

В нашем отделении «Hummer» используется при внутриносовых операциях с октября 1995 года. К настоящему времени мы располагаем опытом 40 подобных вмешательств и смогли оценить преимущества, которые дает этот инструмент. Мы считаем «Hummer» идеальным устройством для резекции передних и задних концов средних носовых раковин, а также полипозно измененной слизистой оболочки на свободном крае средней носовой раковины и на перегородке носа. В этих ситуациях МД удаляется только утолщенная слизистая оболочка, а надкостница сохраняется, что способствует скорейшей эпителизации раневой поверхности.

После расширения естественного соустья верхнечелюстной или клиновидной пазухи МД можно сгладить края наложенного отверстия, удалить полипы, измененную слизистую оболочку, а также оболочку кисты из самой пазухи. Подобным образом мы поступаем и в отношении задних клеток решетчатого лабиринта, расширяя их отверстие в верхнем носовом ходе. МД сочетает в себе качества рабочего инструмента и отсоса и дает возможность четко дифференцировать измененную слизистую оболочку от здоровой. Если сравнивать работу режущими и рвущими щипцами с работой МД становится очевидным еще одно преимущество последнего: МД снижает вероятность повреждения основания черепа, зрительных нервов, орбиты и носо — слезного канала и поэтому удобен для осваивающего эндоскопическую хирургию. Хирург может работать МД, смотря непосредственно в эндоскоп или на экран монитора.

Мы также применили МД для подслизистого удаления кавернозной ткани нижних носовых раковин при выполнении подслизистой конхотомии и вазотомии. Ближайшие результаты не дают оснований для окончательных выводов, однако позволяют предположить, что этот метод, по крайней мере, не менее эффективен, чем ультразвуковая дезинтеграция и подслизистая вазотомия. Нужно сравнительное исследование с более продолжительными сроками наблюдения для выработки конкретных рекомендаций по использованию МД в хирургии нижних носовых раковин.

Относительными недостатками инструмента является невозможность удаления костных перемычек и потребность в периодическом промывании наконечника, когда он засоряется застрявшими в нем кусочками кости. Конструкция наконечника не позволяет работать им в верхних отделах лобного кармана, а также в передних и латеральных отделах верхнечелюстной пазухи. Однако, оценивая опыт использования МД в целом, можно сказать, что этот инструмент делает эндоскопическую ринохиргию еще более функциональной и менее опасной.

**М.П.Николаев, В.Ю.Кассин, ВА.Заричанский, Ю.Н.Сергеев, Р.М.Николаев,  
ЛА.Тезикова, ЕАДорофеева, Л.Ф.Ларина**

**ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНО-ХРЯЩЕВЫХ  
ДЕФЕКТОВ СКЕЛЕТА НОСА И СТЕНОК ОКОЛОНОСОВЫХ  
ПАЗУХ ПЕРФОРИРОВАННЫМИ ПЛАСТИНАМИ ИЗ  
ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ПОЛИЭТИЛЕНА**

**Отделение уха, горла и носа Московской городской клинической больницы  
им. С.П.Боткина. Московский НИИ уха, горла и носа**

Недостатки, присущие хрящевым и костным ауто— и гомотрансплантатам (деформация, рассасывание и т.п.), применяемым в пластической хирургии лица, заставляют продолжать поиски более подходящих материалов, в частности, искусственного происхождения. Среди синтетических материалов обращает внимание на себя сверхвысокомолекулярный полиэтилен (СВМП), выпускаемый в форме пластин. В настоящее время этот материал испытан во ВНИИИМТ и рекомендуется к клиническому использованию (заключение ВНИИИМТ от 23.03.93). Изделия, включающие СВМП, отличаются исключительной прочностью и гибкостью. По данным литературы полиэтилен медицинского назначения имеет очень низкую адгезию, сравнимую с силиконом (S.Homsy, 1976; R.Ainsworth, 1977). Низкомолекулярный полиэтилен с успехом применялся при костно—лицевой реконструкции (L.Rubin, 1983). Сообщения об использовании СВМП при реконструктивных операциях лица отсутствуют в доступной литературе.

Мы провели экспериментально —клиническое исследование возможности применения СВМП и его эффективности в костно—лицевой хирургии. Был использован СВМП низкого давления ТУ 6—05- 1886 — 80, с молекулярной массой более 1000000. Его получают путем монополизации порошкового полимера при 150—160° С в свободном состоянии и прессовании при высоком давлении и температуре ниже температуры деструкции. В эксперименте образцы СВМП размерами 10x10x1,5 мм имплантировали в область лопатки в асептических условиях под общим обезболиванием 10 белым крысам, раны ушивали кетгутом. В качестве контроля были взяты пластины аналогичных размеров из гидроксилатапата, изучавшиеся нами ранее (В.Ю.Кассин и соавт., 1994), которые имплантировали 5 белым крысам. На 2, 4, 12 неделях животных выводили из эксперимента. Ткань капсул, образовавшихся вокруг имплантатов, фиксировали, готовили срезы и окрашивали гематоксилином — эозином.

Нам не удалось выявить морфологический различий между тканевой реакцией на СВМП и гидроксилатапит: в поздние сроки капсула в том и другом случае представляла собой тонкую зрелую соединительно—тканную оболочку, клеточный состав которой был представлен фибробластами, фиброцитами и гистиоцитами.

Полученные данные явились основанием для клинического применения пластин СВМП. В клинике челюстно—лицевой хирургии ММА им. И.М.Сеченова и отделении уха, горла и носа Московской ГКБ им. С.П.Боткина перфорированные пластины СВМП (количество перфораций 2 — 3 на см<sup>2</sup>, диаметр 1мм) использованы на 9 оперативных вмешательствах. Пластины массой от 5 до 10 г и толщиной 1,0 мм были использованы при реконструкции переднего отдела четырехугольного хряща носа у больного с платиринией, хирургическом лечении седловидного носа, реконструкции нижней стенки орбиты после «взрывных» переломов и других травматических повреждений орбиты (5 случаев) при восстановлении обширных дефектов передней стенки лобных пазух (2 случая).

Пластины оказались достаточно мягкими для резания ножницами и придания

нужной формы. Стерилизация осуществлялась в растворе гипохлорита натрия с концентрацией 1200 мг/л в течение 15 минут. К недостаткам можно отнести отсутствие готовых перфораций, что вынуждает хирурга делать их заранее либо вручную в процессе операции. Срок наблюдения за пациентами составляет от 5 месяцев до 1,5 лет. Случаев отторжения, воспаления или изменения формы имплантата не отмечено. С целью усовершенствования качества пластин, расширения спектра их применения для реконструкции костей лица разработчику предложено создать ассортимент более тонких пластин с перфорациями, а также блоков различной формы для пластики спинки носа, нижнего края орбиты, скуловой кости, передней стенки верхнечелюстной и лобной пазух.

**М.И.Никулин**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ**

**Кафедра ОРЛ Запорожского медицинского университета (Украина)**

При лечении различных форм вазомоторного ринита (ВР) применяются: консервативная терапия, физические методы воздействия (ультразвук, лазерное излучение, замораживание). Предложены и различные варианты хирургических вмешательств. В ЛОР клинике Запорожского медицинского университета в течение 15 лет при ВР применялись разнообразные методы консервативного лечения и хирургических вмешательств: ультразвуковая хирургия с использованием аппарата ЛОРА—Дон, аппликационное и пенетрирующее воздействие холода на ткани полости носа. Вышеперечисленные методы применялись как самостоятельно, так и в различных комбинациях.

В настоящее время при лечении ВР мы используем разработанную нами методику: сочетание хирургического вмешательства и криовоздействия на нижние носовые раковины. Данный способ осуществляется следующим образом. Проводится местная аппликационная анестезия 3% раствором дикаина с адреналином и инфильтрация нижних носовых раковин 1% раствором новокаина на всем их протяжении. После обезболивания на верхней и медиальной поверхностях нижних носовых раковин копьевидным ножом формируются два подслизистых «тоннеля» от переднего до заднего конца, в которые по очереди вводится криозонд и включается аппарат «Крио — игла», который работает на жидком азоте. В каждом «тоннеле» криозонд в замороженном состоянии находится 15 секунд, после прекращения подачи жидкого азота, криозонд оттаивает и свободно извлекается. При вазотомии и криовоздействии не нарушается целостность покрова слизистой оболочки нижних носовых раковин.

После вазотомии и криовоздействия в общий носовой ход поочередно с двух сторон на всю длину вводится носовое зеркало Киллиана, разжатием которого нижняя носовая раковина бескровно надламывается и смещается латерально, обеспечивая тем самым расширение полости носа. По окончании манипуляций в общий носовой ход вводится на 24 — 48 часов марлевая турунда, пропитанная кортикостероидной мазью. Целью тампонады является фиксация нижней носовой раковины в состоянии латеропозиции и предупреждение заполнения кровью сформированных подслизистых «тоннелей».

Данная методика была применена у 48 больных в возрасте от 16 до 67 лет, из которых у 35 была диагностирована нейровегетативная, а у 13 —аллергическая форма ВР. Диагноз выставлялся на основании субъективных и объективных клинических

данных, а также показателей лабораторных методов исследования (определение дыхательной, обонятельной и транспортной функции слизистой оболочки носа; pH и эозинофилии слизи носа и крови). Все больные перенесли вмешательство удовлетворительно, без каких—либо осложнений. У подавляющего числа больных положительные результаты, проявившиеся в улучшении носового дыхания и уменьшении ринореи, наблюдались на 3—4 день после вмешательства. При осмотре через год хороший эффект отмечен у 76% больных, улучшение у — 15%. Лечение оказалось неэффективным и требовалось повторное вмешательство у 9% больных, в основном с аллергической формой ринита. Данный способ лечения является особенно эффективным у пациентов с широкими нижними носовыми ходами.

Таким образом, разработанная нами методика одномоментного комплексного хирургического вмешательства (вазотомия, криовоздействие и латеропозиция) на нижних носовых раковинах при ВР является щадящей, простой и высокоэффективной. Вмешательство легко переносится больными, после него не возникают синехии, функции носа восстанавливаются быстрее и в большем проценте случаев по сравнению с другими методами лечения ВР.

**Ю.М.Овчинников, В.М.Свистушкин, Г.Н.Никифорова, В.П.Гамов,  
А.Б.Шехтер Э.Н.Соболь, В.Н.Багратишвили, А.И.Омельченко,  
А.П.Свиридов, Д.Каввалос, Э.Хелидонис**

### **ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

**Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова.**

**Центр по технологическим лазерам РАН. Университетский госпиталь  
(Гераклион, Крит, Греция)**

В ходе целенаправленного исследования влияния лазерного излучения на биологические ткани был обнаружен неизвестный феномен — пластическая деформация хрящевой ткани под действием лазерного излучения, позволяющий придавать хрящу произвольную форму без повреждения хрящевого матрикса. Изучение возможностей использования хряща в качестве трансплантата для восстановления формы и функции того или иного органа представляется важным для пластической хирургии, оториноларингологии и ортопедии. Хрящевая ткань в силу строения обладает значительным внутренним напряжением и свойством «памяти формы». Хирургическое изменение профиля хрящевой пластины, связанное с нарушением хрящевого матрикса, часто приводит к уменьшению упругости и прочности хряща, а также к рецидивам исходной деформации.

Разработанный новый метод неразрушающего лазерного воздействия позволяет придать хрящевой пластине произвольную форму. Процедура лазерного изменения формы может быть проведена повторно, при этом стабильностью обладает конфигурация, сформированная последней процедурой. В качестве источника лазерного излучения использовали луч CO<sub>2</sub> лазера мощностью от 1 до 10 Вт. Был проведен комплекс физико — химических и гистологических исследований, позволивший определить диапазон интенсивности лазерного излучения, при котором эффект изменения формы хряща не сопровождается заметной трансформацией его структуры и ухудшением механических свойств.

Результаты экспериментов показали, что эффект изменения формы характеризуется

стабильностью, не связан с каким—либо заметным изменением биологических свойств системы, обусловлен фазовым переходом воды в хряще из связанного в свободное состояние. Обнаруженный эффект носит тепловой характер. Исследования были продолжены на живых организмах. Опыты по изменению конфигурации ушной раковины кролика выявили принципиальную возможность изменения формы хряща без его выделения из окружающих тканей. Положительные результаты получены также в клинических испытаниях (имплантация четырехугольного хряща, выделенного при резекции носовой перегородки носа и корригированного с помощью лазерного воздействия). Полученные результаты дают основание говорить о новом направлении применения лазеров в медицине, требующем неотложного решения многих вопросов фундаментального и практического характера.

**С.С.Оганесян**

## **К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ КОРРЕКЦИИ НОСА**

**Санкт-Петербургский НИИ уха, горна, носа и речи МЗ МП РФ**

Применение классических доступов при коррекции деформаций наружного носа в большинстве случаев оказывается достаточным для выполнения хирургического вмешательства. Однако в ряде случаев для успешного завершения операции возникает необходимость в использовании дополнительных разрезов. Последние позволяют решать различного характера задачи, возникающие в ходе операции. Хирурга, на наш взгляд, не должна смущать возможность отклонения от первоначального плана выполнения хирургического вмешательства.

Под наблюдением находилось 74 пациента с различными деформациями наружного носа и носовой перегородки. Возраст больных — от 18 до 49 лет. Мужчин было 33, женщин — 41. С целью коррекции кончика носа обратились 26 пациентов, у 37 имелась комбинированная деформация с вовлечением костного и хрящевого отделов наружного носа, еще у 11 наблюдалась сочетанная деформация наружного носа и носовой перегородки. Всем пациентам произведены различные виды ринопластики с устранением имеющихся деформаций, причем, только у 6 из них, с выраженной деформацией хрящевого отдела носа, изначально использован наружный трансколумеллярный разрез. Остальным 68 больным предполагалось выполнение вмешательства эндоназально. Однако у 17 из них достичь удовлетворительной коррекции эндоназальным подходом не удалось. Потребовалось выполнение дополнительных трансколумеллярных разрезов, которые позволили продолжить и успешно завершить операции уже под непосредственным визуальным контролем.

Для выполнения боковой остеотомии у 23 больных произведен дополнительный разрез в преддверии носа длиной до 6 мм через который отсепарованы кожа и периост и создан тоннель вдоль предполагаемой линии остеотомии. Вмешательство выполнялось при помощи узкого остеотома, введенного через разрез. Выполнение боковой остеотомии через дополнительный разрез, на наш взгляд, имело ряд преимуществ: уменьшалась степень травматизации и, соответственно, послеоперационного отека мягких тканей носа; устранялась опасность западения мобилизованных костных фрагментов боковой стенки носа; появлялась возможность отсепаровывать кожу спинки носа только на необходимом для выполнения срединной остеотомии участке, что уменьшало степень кровотечения во время операции.

Полученные нами результаты позволяют сделать заключение, что при выполнении пластических операций наружного носа использование дополнительных разрезов может



помочь хирургу как в уменьшении травматичности вмешательства, так и в решении некоторых частных задач, возникающих по ходу операции.

**С.З.Пискунов, И.В.Тарасов, Н.В.Должикова, И.С.Гурьев, Д.С.Боечко**  
**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ЭНДОСКОПИИ**  
**ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ СТЕНКУ**

**Кафедра ОРЛ Курского государственного медицинского университета**

В настоящее время традиционная радикальная операция на верхнечелюстной пазухе с целью удаления кист и одиночных полипов должна быть оставлена и повсеместно заменена эндоскопическим хирургическим вмешательством. На основании опыта удаления 86 кист и 5 одиночных полипов из верхнечелюстной пазухи с использованием эндоскопов Хопкинса мы считаем необходимым дать некоторые рекомендации по выполнению эндоскопии верхнечелюстной пазухи через лицевую стенку.

1. При проведении пункции троакар и канюлю не следует располагать в центре собачьей ямки, а необходимо пунктировать пазуху латеральнее от центра на 1 — 1,5 см. В случае несоблюдения этого положения при глубоком нижнем носовом ходе троакар может поколоть его стенку и попасть в полость носа. В 3 случаях при проведении пункции было отмечено данное осложнение. Задний конец нижней носовой раковины, имеющий округлую форму, может показаться неопытному врачу кистой, которую он будет пытаться удалить. В таких случаях необходимо вынуть канюлю и повторить пункцию, сместившись более латерально.

2. У большинства больных, как известно, кисты располагаются на нижней стенке. Пункция пазухи в типичном месте создает достаточные удобства для их удаления. При расположении кист на других стенках пазухи необходимо ориентировать введение канюли так, чтобы она располагалась напротив кисты. Это особенно важно в тех случаях, когда лицевая стенка верхнечелюстной пазухи толстая и изменить положение канюли в таких случаях крайне трудно или практически невозможно.

3. После прокола пазухи необходимо подтянуть канюлю так, чтобы ее конец располагался на уровне костного окна. В этом положении достигается возможность максимального обзора стенок пазухи, а при удалении кистозного мешка или полипа удобно манипулировать щипцами. Следует иметь в виду, что в процессе работы канюля незаметно продвигается в просвет пазухи, иногда достигая ее задней стенки. Поэтому необходимо периодически контролировать глубину расположения канюли и подтягивать ее к краю костного окна.

4. В зарубежных руководствах по эндоскопической хирургии для удаления кист рекомендуется пользоваться двумя канюлями, через одну из которых вводят щипцы, через другую — эндоскоп, контролирующий расположение кисты и щипцов. Во всех случаях мы пользовались одной канюлей. Торцевым эндоскопом определяли расположение кисты, затем через канюлю вводили щипцы и удаляли кисту. При удалении кисты обязательно соблюдались следующие правила: введя щипцы в просвет пазухи, раскрывали их и подтягивали к краю канюли, упираясь в нее браншами открытых щипцов, после чего щипцы продвигались вперед на соответствующую глубину с целью захватить и удалить кисту. Нередко подобные действия приходится повторять неоднократно до полного удаления кисты, периодически контролируя эффективность ее удаления эндоскопом. При этом следует опасаться захвата щипцами слизистой оболочки задней стенки верхнечелюстной пазухи, так как при ее травме начинается кровотечение, затрудняющее дальнейшее выполнение операции. Соблюдая эти правила, мы не наблюдали ни одного

осложнения, связанного с удалением кист.

5. После удаления кисты или полипа необходимо тщательно осмотреть стенки пазухи, так как возможно обнаружение в слизистой оболочке небольших кист, еще не выявляемых рентгенологически, которые необходимо также удалить. Кроме того, нужно исследовать область естественного соустья и устранить причины, препятствующие вентиляции пазухи.

**А.Н.Помухина**

## **РЕОПЕРАЦИЯ ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

**Ростовский государственный медицинский университет**

Необходимость реоперации при искривлениях перегородки носа (ПН) возникает большей частью в тех случаях, когда в ходе подслизистой резекции ПН решается лишь одна задача — улучшение носового дыхания. Однако, искривление ПН может быть причиной не только затруднения носового дыхания, но и таких патологических состояний, как тубоотит, первичный тимпаносклероз, риносинусит, гипо— и anosmia, ринопульмональный, рино — кардиальный, риноцеребральный и риноваскулярный рефлекс, хорошо известные оториноларингологам, но нередко остающиеся не выявленными при недостаточном изучении анамнеза. Последнее оправдывает проведение так называемой щадящей операции на ПН, удаление лишь наиболее выступающих частей скелета ПН, исходя из необходимости предупреждения дистрофии мукоперистоа и мукоперихондрия. С внедрением в ринопластику метода септопластики с трансплантацией ауто— и гомотканей — хрящевой или костной — вероятность дистрофических изменений слизистой оболочки значительно уменьшилась. Ввиду этого целесообразно максимальное удаление искривленной части скелета ПН в соответствии с показаниями в конкретной ситуации.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных, поступивших для реоперации по поводу искривления перегородки носа. Показаниями к реоперации были: 1) двустороннее затруднение носового дыхания вследствие S —образного искривления в средней трети ПН (3 больных); 2) одностороннее затруднение носового дыхания при девиации ПН на уровне среднего и нижнего носовых ходов почти на всем протяжении (3 больных). В этих случаях при первой операции был удален лишь шип в переднем отделе ПН; 3) тубоотит (3 больных) при деформации ПН в задней трети; 4) рецидивирующий риносинусит и искривление ПН на уровне среднего носового хода (6 больных); 5) головная боль рефлекторного генеза, обусловленная наличием шипа (2 больных). Еще одной больной реоперация на ПН проводилась дважды по поводу затруднения носового дыхания (первая по поводу галифеобразного искривления ПН в среднем и заднем отделах, вторая заключалась в истончении, стесывании сошника, поскольку его толщина была неравномерной и местами на уровне хоан достигала 8 мм.

Большой частью причиной неудачных операций на ПН было кровотечение, профилактикой которого является контроль за артериальным давлением перед операцией и в ходе ее. Гемостаз достигается введением адекватной дозы аминазина. Вторая по частоте причина — чрезмерное сжатие верхней грани четырехугольного хряща при его искривлении в области спинки носа. Третья — массивный фиброз, затрудняющий сепаровку и угроза перфораций. Резюмируя все изложенное, можно сделать заключение о целесообразности полного удаления искривленных участков скелета ПН с частичным замещением его трансплантатами из ауто— и гомотканей. Применение оригинальных индивидуальных вариантов нормализации позиции ПН исключает необходимость реоперации.

С.В.Сергеев, А.М.Козлова, Н.С.Шигина

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**Областная больница им. Н.Н.Бурденко (Пенза)**

По архивным материалам, операция по поводу остеомы околоносовых пазух была впервые произведена в Пензенской губернской больнице в 1908 году. В ЛОР отделении Пензенской областной больницы за период с 1981 по 1995 года прооперировано 47 больных с остеомами околоносовых пазух различной локализации. Преимущественной локализацией была лобно—решетчатая область — 39 больных, изолированная остеома лобной пазухи наблюдалась в 4 случаях, у 4 больных остеома имела гигантские размеры и поражала в той или иной степени все околоносовые пазухи с одной стороны.

Практически все больные были доставлены в больницу для оказания экстренной помощи отделением санитарной авиации. Все больные имели риногенные внутричерепные или орбитальные осложнения, требующие немедленного вмешательства. Наиболее частыми клиническими признаками являлись наличие экзофтальма, а также симптомов внутричерепного осложнения. Больным проводилось комплексное обследование, включавшее осмотры оториноларинголога, невропатолога, нейрохирурга и офтальмолога. Значительную помощь в обследовании оказывает компьютерная томография, позволяющая более точно определять локализацию опухоли, ее взаимосвязь с орбитой и полостью черепа.

Все больные прооперированы нами ринологическим доступом, однако в операционную бригаду также включались нейрохирург или офтальмолог. В процессе роста остеомы в пазухе образуется множество карманов, в которых зачастую развивается вторичный воспалительный процесс. Все это создает дополнительные трудности при операции и требует тщательной санации очагов инфекции. Следующим моментом, вызывающим определенные трудности, является образование ликворных свищей, в области контакта остеомы с оболочками мозга. Все вмешательства произведены одномоментно, что, несмотря на сложность и большой объем операции, дает больному больше шансов для быстрого выздоровления. Катамнез прослежен у 25 больных, сроки наблюдения — от 2 до 10 лет.

**В.В.Скоробогатый, Д.В.Ченцова, В.А.Скоробогатый**

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ ФОРМОЙ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА**

**Отделение ОРЛ городской клинической больницы N3 (Запорожье, Украина)**

Лечение больных вазомоторным ринитом (ВР) относится к числу важных проблем современной ринологии. Пожалуй, нет другого такого заболевания, для лечения которого предлагалось бы такое количество методов, направленных на различные звенья этиопатогенеза данного заболевания. Вместе с тем, единого мнения об эффективности различных методов лечения ВР нет. Поэтому поиски новых, более оптимальных методик являются оправданными. В последние годы предпочтение отдается комплексной терапии.

В целях повышения эффективности лечения лиц с невроvegetативной формой ВР нами разработана методика сочетанного использования ультразвуковой дезинтеграции (УЗД) и низкоэнергетического лазерного облучения. Суть ее заключается в следующем: после аппликационной и инфильтрационной анестезии нижних носовых раковин по общепринятой методике выполняется УЗД нижних носовых раковин с последующей

тампонадой нижних носовых ходов. На следующий день тампоны удаляют, слизистую оболочку полости носа смазывают кортикостероидной мазью и производят дистанционное лазерное облучение полости носа. Последнее осуществляют при помощи аппарата АКЛР—01М (длина волны 0,63 мкм, мощность 2 мВт). Время экспозиции для каждой стороны — 1 минута. После сеанса внутриносого облучения для наружного контакта — компрессионного лазерного воздействия на область крылонебного узла через точку TR—22 применяют лазерную установку АФДЛ—2 мощностью не менее 3 мВт, с длиной волны 0,84 — 0,96 мкм. Излучение с данной длиной волны способно проникать на глубину 5 — 6 см и более. Экспозиция при данном способе облучения составляет 5 минут на каждую сторону. Курс терапии включает 5—7 процедур, проводимых ежедневно.

Предлагаемый метод сочетанного ультралазерного лечения применен у 31 больного с нейровегетативной формой ВР (9 мужчин и 22 женщины в возрасте от 10 до 47 лет). Длительность заболевания составляла от 1 года до 7 лет. Контролем служили 37 пациентов с аналогичной патологией, которым была произведена только УЗД нижних носовых раковин. Оценивая клиническую эффективность терапии у наблюдавшихся больных (сроки наблюдения до 6 месяцев), можно констатировать, что купирование местных признаков заболевания и восстановление функционального состояния полости носа у больных, подвергшихся сочетанному лечению, наступает в 2 раза быстрее, чем в контрольной группе.

Полученные результаты позволяют предположить, что лазерное облучение слизистой оболочки полости носа и области крылонебного узла, оказывая воздействие на нервные окончания и опосредовано на центральную нервную систему, стимулирует иммунную систему, оказывает противовоспалительное действие, ускоряет регенеративные процессы и тем самым усиливает эффект ультразвукового воздействия. Метод прост в выполнении, эффективен и может быть рекомендован для внедрения в практику.

**С.М.Соколенко, С.И.Гопкало**

## **ПЛАСТИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ НАРУЖНОГО НОСА**

**Кафедра ОРЛ Днепропетровской медицинской академии (Украина)**

При значительных дефектах крыла носа с целью сокращения количества этапов ринопластики нами предложена методика устранения дефекта «острым» дублированным кожным лоскутом, взятым со щеки. По этой методике оперировано 38 больных, получен хороший косметический эффект.

При дефектах средней части крыла носа или сочетанных дефектах крыла и кожного края перегородки носа мы с успехом применяем ринопластику свободным кожно — хрящевым трансплантатом из ушной раковины. Этот пластический материал является идеальным, так как по структуре, форме и цвету он наиболее сходен с тканями наружного носа. Описанным способом оперировано 42 больных. Получены хорошие косметические результаты, несмотря на то, что в послеоперационном периоде у части пациентов наблюдался некроз поверхностных слоев трансплантата. Приживление трансплантата всегда было полным.

При субтотальных и тотальных дефектах наружного носа использование филатовского стебля является методом выбора. «Острый» кожно — жировой лоскут заготавливали на внутренней поверхности плеча, а затем одномоментно пересаживали его в область дефекта. После приживания края лоскута вторым этапом производили ринопластику. Этим методом оперировано 14 больных с удовлетворительными косметическими результатами.

**А.В.Староха, В.Э.Гюнтер, В.И.Игин, В.В.Коврижных, М.В.Шилов,  
Л.А.Панов, И.Д.Газин, ВА.Новиков, М.Р.Мухамедов, А.В.Давыдов**  
**РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА  
ОСНОВЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПАМЯТЬЮ  
ФОРМЫ В РИНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

**Российский медико-инженерный центр имплантатов с памятью формы.  
Сибирский медицинский университет. НИИ онкологии Томского научного центра  
СО РАМН**

В последние годы появился большой интерес к разработкам, в области создания и применения материалов и конструкций с памятью формы в медицине. Такой интерес вызван, в первую очередь, достижениями российских ученых фундаментального и прикладного характера. В России впервые был разработан и предложен к применению в клинической практике новый класс длительно функционирующих в организме материалов —сверхэластичных пористых и беспористых сплавов с памятью формы. Проявляя аналогичные с тканями организма физико —механические свойства, сверхэластичные сплавы с памятью формы превосходят все существующие медицинские металлические материалы по критериям биохимической и биомеханической совместимости.

Начиная с 1985 года в рамках региональной программы «Разработка и применение сплавов с памятью формы в медицине» сформировалось перспективное научно — практическое направление «Сверхэластичные имплантаты с памятью формы (СИЭПФ) в рино —челюстно— лицевой хирургии». Результатом его развития явились новые конструкции пористых и беспористых имплантатов, дилататоров полых органов, ринохирургических и криоинструментов, признанных в качестве изобретений с соответствующим экспериментально — клиническим обоснованием.

Основываясь на 10—летнем опыте клинического применения СИЭПФ, авторы пришли к заключению, что внедрение СИЭПФ позволило не только усовершенствовать известные, но и разработать принципиально новые технологии, которые обеспечивают сокращение сроков реабилитации, снижение числа осложнений и улучшение эстетических и функциональных результатов оперативных вмешательств. Показаны возможности и перспективы использования СИЭПФ в различных областях рино —челюстно—лицевой хирургии: при эндопротезировании опорных структур носа, эндоскопической хирургии околоносовых пазух, эндоназальной эндоскопической хирургии слезоотводящих путей, эндоназальной хирургии области хоаны, субмукозной деструкции при хронических ринитах, стабильном остеосинтезе и криохирургии.

Особое внимание уделено применению СИЭПФ с проницаемой пористостью в реконструктивной хирургии лицевого черепа: эндопротезированию посттравматических и операционных дефектов костей лицевого и мозгового черепа, восстановлению опорных структур лицевого черепа у больных злокачественными новообразованиями при выполнении хирургического этапа комбинированного лечения.

А.В.Староха, С.В.Филиппова, М.В.Шилов, О.Г.Шилова

## **ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ДАКРИОСТЕНОЗОВ ПО ДАННЫМ ОПТИКО- ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Сибирский медицинский университет. Томский ринологический центр.**

Канальцевая непроходимость слезоотводящих путей, сочетаясь с непроходимостью слезно — носового канала, нередко сопутствует дакриоциститам и ухудшает послеоперационный прогноз при дакриоцисториностомии. Типичной локализацией стеноза является место перехода слезных канальцев в слезный мешок. Имеющиеся здесь клапаны Розенмюллера и Хушке —Беро могут на фоне хронического воспаления подвергаться гиперплазии и склерозированию, вызывая канальцевую непроходимость. Диагностика таких состояний строится на проведении канальцевых проб, контрастной компьютерной томографии и зондировании канальцев. Хорошие диагностические возможности дает проведение оптической эндоскопии слезного мешка.

Нами обследованы 14 пациентов с хроническим дакриоциститом, у которых отмечалась полная или частичная канальцевая непроходимость в сочетании с непроходимостью слезно — носового канала. Всем больным по показаниям выполнялась эндоназальная дакриоцисториностомия с возможно более широким вскрытием медиальной стенки слезного мешка. Латеральная стенка слезного мешка и устья слезных канальцев осматривали с помощью эндоскопов диаметром 2,8 мм с 70° оптикой. У 4 пациентов была обнаружена полная рубцовая облитерация устьев канальцев, что потребовало проведения эндоназальной каналикулориностомии с продленной интубацией силиконовыми трубками. У 8 больных отмечалась выраженная гипертрофия клапанов в области устья канальцев с частичной непроходимостью. После иссечения измененных клапанов пассаж слезы восстановился и интубации не потребовалось. Для работы в области слезных канальцев нами использовались инструменты с гибкой рабочей частью из сверхэластичных сплавов. Это позволяет адаптировать инструмент к узкому операционному полю и обеспечивает малую травматичность всех этапов операции. У 2 больных стенозирование канальцев было связано с воспалением слизистой оболочки слезного мешка и без дополнительных хирургических вмешательств купировалось на фоне противовоспалительной терапии. Интраоперационная оптическая эндоскопия слезоотводящих путей является важным диагностическим этапом и обеспечивает правильный выбор хирургической тактики.

Г.Э.Тимен, В.Н.Писанко, Л.И.Кобзарук, П.В.Винничук

## **ПОДСЛИЗИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ**

**Киевский НИИ уха, горла и носа (Украина)**

Операция подслизистой резекции носовой перегородки (ПРНП), производимая в детском возрасте, по сей день вызывает неоднозначные оценки. Это связано с распространенным мнением о том, что во время такой операции происходит травматизация «зон роста», а поэтому, в последующем, возможны нарушения развития лицевого скелета.

В детском отделении КНИИОЛ с 1986 по 1995 год оперированы 304 больных с искривлением носовой перегородки в возрасте от 3 до 14 лет. Причиной заболевания, по

мнению родителей, у 63 пациентов явилась травма носа, остальные причину назвать не смогли. Основанием для оперативного вмешательства являлись: резкое затруднение дыхания через одну или обе половины носа, приводящее к стойким, не поддающимся консервативному лечению патологическим изменениям со стороны среднего уха (секреторные, адгезивные, хронические гнойные отиты с частыми обострениями и т. д.) или заболевания околоносовых пазух. В большинстве случаев ПРНП предшествовали не оказавшие ожидаемого эффекта аденотомия, ультразвуковая дезинтеграция, электро-и хемокаустика или криодеструкция нижних носовых раковин, а также медикаментозная и физиотерапия.

Оперативное вмешательство выполняли под общим обезболиванием по методу Киллиана, по показаниям производили шадящую нижнюю конхотомию. У 35 больных подслизистая резекция носовой перегородки сочеталась с пластикой наружного носа. Операцию заканчивали передней тампонадой полости носа, а в случае коррекции формы наружного носа — наложением наружной фиксирующей повязки. Тампоны, как правило, удаляли через 24 часа. Больных выписывали на 3 —10 сутки после операции. Носовое дыхание было восстановлено у всех больных. Повторные осмотры проводились в сроки от 1 до 8 лет. Ни в одном случае мы не наблюдали каких—либо нарушений в формировании лицевого скелета (в том числе и после пубертатного периода).

На основании собственного опыта мы считаем, что нецелесообразно расценивать детский возраст как противопоказание для проведения ПРНП. Однако, показания к подобного рода вмешательству должны быть строго ограничены и включать резкое затруднение носового дыхания, сочетание выраженного нарушения дыхательной функции носа с заболеваниями среднего уха и околоносовых пазух.

**П. А Тимошенко, А.П. Тимошенко**  
**ЩАДЯЩАЯ ПЕРЕДНЯЯ ТАМПОНАДА НОСА ПРИ**  
**СЕПТОПЛАСТИКЕ**

**Минский государственный медицинский институт. Городская клиническая  
больница N4 (Минск, Беларусь)**

Среди заболеваний полости носа ведущее место занимают различные деформации носовой перегородки (НП): искривления, гребни, шипы, вывихи, перфорации и др. Если они нарушают носовое дыхание, требуется хирургическое лечение. Принципиально все хирургические вмешательства заключаются в поднадхрящичном и поднадкостничном удалении искривленных отделов НП с последующей реимплантацией хрящевой ткани (или без нее) и заканчиваются передней тампонадой носа. Передняя тампонада носа преследует следующие цели: зафиксировать лоскуты слизистой оболочки, удержать перегородку в срединном положении и обеспечить остановку послеоперационного кровотечения. В большинстве случаев ринологи используют марлевые тампоны, пропитанные мазевыми препаратами. Удаление таких тампонов связано с болью и чревато повторным кровотечением. При пропитывании тампонов кровью и фибрином их приходится размачивать перекисью водорода, что удлиняет саму процедуру удаления тампонов.

Для уменьшения негативных последствий передней тампонады носа после хирургических вмешательств на НП мы используем тонкую (толщиной 0,02 мм) тефлоновую (фторопласт—4) пленку. После окончания операции тефлоновая пленка площадью 7 на 14 см, сложенная вдвое, с помощью носового зеркала с удлиненными браншами вводится в полость носа. Одна часть пленки покрывает НП, вторая —





фонофорезом этих же мазей на область спинки носа.

На основании наблюдений нами установлены четкие показания и противопоказания к пластическим операциям носа. Боковую остеотомию нецелесообразно проводить у больных с хроническими гнойными и аллергическими риносинуситами, так она может стать причиной развития полипозного процесса и периостита. Как профилактическая мера при многооскольчатых переломах костей носа со смещением отломков после репозиции может накладываться фиксирующая гипсовая повязка. Это позволяет избежать выраженных реактивных явлений и образования гематом, а главное — развития вторичных деформаций носа. Гипсовая повязка или специальные пластины из быстро отвердевающего полиуретанового волокна фиксируются лейкопластырем по завершении любой ринопластики.

Наблюдения за больными в течение 2 — 3 лет после операции позволяют констатировать хорошие косметические и функциональные результаты. Только хирург — оториноларинголог может решить специфические проблемы, возникающие при различных вариантах риносептопластики с учетом анатомических особенностей носа и функции носового клапана. Поскольку значительное количество ошибок и осложнений после ринопластики приходится выявлять и лечить оториноларингологу, мы считаем целесообразной организацию косметических ринологических центров на базе ЛОР — стационаров, где корригирующие операции на структурах носа будут выполняться оториноларингологом.

**ЮА.Устьянов**  
**НОВЫЙ МЕТОД ОСТЕОТОМИИ ПРИ СТОЙКИХ**  
**ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА**

**ЛОР отделение Липецкой областной больницы**

Остеотомия при стойких деформациях носа является основным, наиболее технически сложным и травматичным компонентом ринопластики. Нами разработана новая оригинальная методика остеотомии, выполняемая в комплексе с операцией на носовой перегородке, деформация которой обычно сочетается с деформацией наружного носа. В нашей практике эта методика нашла применение в основном при стойком сколиозе носа.

Риносептопластику мы начинаем с операции на носовой перегородке (септопластики или подслизистой резекции). Затем производим срединную остеотомию, проводя долото между листками мукоперихондрия и мукопериоста. Последующая боковая и поперечная остеотомия осуществляются без предварительного скелетирования костей носа по линии остеотомии с помощью специальных щипцов. Их особенностью является наличие остроконечных выступов на боковом крае внутренней поверхности одной из губок и мягкой прокладки на второй губке. После остеотомии производится редрессация костей носа как при свежих переломах.

По этой методике с 1976 по 1995 год оперировано 325 больных со стойким сколиозом носа возрасте от 14 до 65 лет. Помимо устранения сколиоза у 8 больных одномоментно произведена коррекция седловидной деформации спинки носа путем подсадки аутохряща носовой перегородки или консервированного гомохряща. У 14 больных выполнено эндоназальное вскрытие околоносовых пазух. Серьезных осложнений во время операций, а также в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не было. В первые дни после операции констатировано значительно менее выраженные реактивные явления со стороны мягких тканей лица в сравнении с традиционными

методами остеотомии, что можно объяснить более щадящим характером операции, позволяющей сохранить васкуляризацию, иннервацию и лимфоотток в тканях.

Дополнительные корригирующие вмешательства в сроки от 10 до 20 дней после первой операции произведены у 9 больных. У всех пациентов на момент выписки из стационара получены вполне удовлетворительные косметические и функциональные результаты. В отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 6 месяцев до нескольких лет дополнительная коррекция наружного носа или внутриносовых структур произведена 5 больным.

Предлагаемая методика остеотомии была применена также у 3 больных с выраженной седловидной деформацией спинки носа. Достигнутые при этом сужение основания костной пирамиды носа, выпрямление его спинки и подсадка консервированного гомохряща позволили получить удовлетворительный косметический результат. Накопленный опыт в использовании разработанной нами методики остеотомии позволяет рекомендовать ее к широкому применению в ринохирургии.

**В.Н.Филимонов, С.В.Филимонов, А.Л.Некрасов**  
**К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**  
**КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА**

**Кафедры оториноларингологии, детской стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлом**

Комбинированные деформации представляют собой наиболее значительные изменения формы наружного носа и нередко сопровождаются выраженными нарушениями функции носового дыхания.

Нами прооперировано 47 больных с различными деформациями наружного носа («горбоносость», «косоносость» по В.И.Воячеку и т.д.). Возраст больных — от 22 до 38 лет, мужчин было 41, женщин — 6. В большинстве случаев деформации наружного носа сочетались с искривлением перегородки и патологией носовых раковин. Одноэтапно реконструктивные операции выполнены 38 из 47 больных, в два этапа — 9 из них. В последней группе последовательность операций была следующей: первый этап — септопластика, второй (через 1,5 — 6 мес.) — устранение деформации наружного носа. Все одноэтапные операции выполнены под общей анестезией, часть двухэтапных — под местной анестезией 1% раствором новокаина. При определении показаний к реконструктивным операциям мы учитывали психический статус пациента и при необходимости консультировали больных у психоневролога.

Анализ результатов оперативных вмешательств по поводу деформаций наружного носа и внутриносовых структур показал, что в большинстве случаев мы отдавали предпочтение одномоментному вмешательству под общей анестезией, иногда с привлечением челюстно—лицевого хирурга, владеющего методикой косметических операций. Совместное участие двух специалистов практически всегда позволяет достигнуть максимального эффекта в улучшении дыхательной и косметической функций носа.

При одноэтапном оперировании удаление из носа тампонов, пропитанных 5% синтомициновой эмульсией, целесообразно производить на 3 сутки, так как практически всегда после этих вмешательств имеется значительная травма тканей наружного и внутреннего носа. Раннее удаление тампонов может привести к образованию обширной гематомы лица и обильному носовому кровотечению. Не позднее, чем через сутки после удаления всех тампонов из полости носа целесообразно сменить наружную коллодийную

повязку, имеющую форму «бабочки», так как быстрое спадение отека может привести к нарушению фиксации костных фрагментов. Послеоперационный период протекает дольше, чем при двухэтапных операциях из — за реактивных явлений со стороны мягких тканей наружного носа и слизистой оболочки (12—14 суток). Окончательный косметический эффект оценивается через 6 месяцев после операции, о чем больной должен быть предупрежден заранее.

Двухэтапное оперирование имеет ряд отрицательных моментов, травмирующих психику больного. После выполнения септопластики, как правило, производится передняя тампонада полости носа на 2 дня, в результате которой отсутствуют дыхание, обоняние, беспокоят сухость во рту, головная боль и слезотечение. Через 1,5—2 месяца больные неохотно соглашались, а порой и отказываются от коррекции наружного носа. Кроме того, если при одноэтапном оперировании септопластика выполняется применительно к потребностям устранения деформации наружного носа и восстановления функции носового дыхания, то при двухэтапном оперировании достигнутый первой операцией эффект может быть сведен к нулю. В этом случае повторная операция на перегородке носа для восстановления функции носового дыхания становится проблематичной. При сроках наблюдения от 1,5 до 2 лет получены следующие результаты: хороший у — 41 больного (одноэтапное оперирование), удовлетворительный — у 6, неудовлетворительный — у 2 (двухэтапное оперирование).

**Т.М.Янборисов**

## **ЭНДОАЗАЛЬНАЯ ФРОНТОЭТМОИДОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ФРОНТИТА**

**Кафедра ОРЛ Башкирского государственного медицинского университета**

Основной целью при хирургической санации лобной пазухи и пазух решетчатой кости является восстановление просвета лобно—носового соустья, причем стенки последнего должны быть выстланы функционирующим мерцательным эпителием, что обеспечивает движение слизи в лобной пазухе. С этой целью все шире применяется эндоскопическая хирургическая техника, которая позволяет вскрыть пораженные передние клетки решетчатой кости и тем самым создать достаточно широкое лобно — носовое соустье, не прибегая к травматичному вскрытию лобной пазухи наружным доступом.

Однако, ещё в 1948 году Л.И.Баранова отмечала, что в ряде случаев невозможно создать широкое лобно — носовое соустье за счет вскрытия передних клеток решетчатого лабиринта. Сложности возникают при выраженном лобно — носовом массиве, который составляет в таких случаях большую часть дна лобной пазухи и требует удаления в ходе операции. Как известно, эндоназальное удаление лобно — носового массива технически сложно и опасно в отношении повреждения передней черепной ямки. Даже если удастся расширить лобно—носовой канал за счет удаления массива кости, это сопровождается повреждением слизистой оболочки лобно — решетчатой зоны. В этом случае травматичность операции приближается к таковой при наружном доступе. Это способствует рубцовой облитерации вновь созданного лобно — носового соустья. Оправдано ли в таких случаях использование эндоскопической техники вскрытия лобной пазухи? Или, другими словами, существуют ли противопоказания к эндоскопическим операциям при неосложненном хроническом фронтите?

Хирургическая санация лобной пазухи по методу W.Messerklinger проведена у 55 пациентов с хроническим фронтитом. Всем больным для уточнения характера и

распространенности процесса, а также анатомических особенностей лобно — решетчатой зоны была выполнена компьютерная томография (КТ) в коронарной проекции с сагиттальной электронной реконструкцией и оптическая эндоскопия полости носа. Диагностированы преимущественно гнойная и полипозно — гнойная формы синусита (49 больных, 89%), при этом фронтит сочетался с поражением других пазух у 50 больных (91%). У трех пациентов с изолированным фронтитом, а также у 8 с сочетанным поражением пазух, наблюдались различные анатомические аномалии перегородки носа и среднего носового хода.

Эндоназальному вскрытию лобной пазухи предшествовало вскрытие вовлеченных в воспалительный процесс клеток пазух решетчатой кости, а при наличии показаний — и других крупных пазух. В большинстве случаев удавалось наладить достаточно широкое лобно — носовое сообщение только за счет разрушения передних клеток решетчатой кости, и осмотреть базальные отделы лобной пазухи, используя 70° и 90° эндоскопы. Однако, в 14 случаях (24,7%) потребовалось снести часть лобно — носового массива для формирования достаточной фронториностомы.

Через 1 — 2,5 года после операции осмотрены 52 пациента. У 38 (73%) из них констатировано клиническое выздоровление, что подтверждалось данными фиброриноскопии, контрольной рентгенографии околоносовых пазух и катетеризации лобно — носового соустья. У 3 больных рецидив был обусловлен полипозным процессом. У 11 пациентов выявлена облитерация лобно — носового соустья, катетеризация лобной пазухи была невозможна и имелись клиничко — рентгенологические признаки сохраняющегося воспаления в лобной пазухе. При ретроспективном сопоставлении отдаленных результатов лечения и данных КТ было обнаружено, что у всех пациентов с облитерацией лобно — носового соустья имел место сильно развитый лобно — носовой массив, в связи с чем в ходе операции требовалось его частичное удаление для расширения лобно — носового соустья кпереди. У таких больных в раннем послеоперационном периоде всегда наблюдалось выраженное гранулирование и в последующем грубое рубцевание в лобно — решетчатой зоне, что и являлось причиной рецидива воспаления.

Процент неудачных отдаленных результатов при санации лобной пазухи может быть значительно уменьшен, если при таких сложных анатомических условиях, каковыми являются выраженный лобно — носовой массив и узконосость по точкам дакрион, отказаться от эндоназального способа оперирования в пользу наружного подхода.

## **АНЕСТЕЗИЯ И ГЕМОСТАЗ В РИНОЛОГИИ**

**Н. А. Арэфьева, Р.Ш. Абдурашитов**

### **СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА В РИНОЛОГИИ**

**Башкирский государственный медицинский университет (Уфа)**

В основе патогенеза большинства патологических процессов в слизистой оболочке носа лежат нарушения гемодинамики. Изучение свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической активности крови непосредственно в сосудах носовых раковин представляется важным для разработки эффективных методов лечения.

Под наблюдением находился 91 больной с различными формами риносинусита (вазомоторной, аллергической, полипозной). Проводили гистологические и иммунолюминесцентные исследования биоптатов носовых раковин. Состояние сосудистого тонуса определяли по данным ринореографии. Коагуляционные свойства крови изучали методом тромбэластографии.

Обнаружены выраженные изменения микроциркуляторного русла слизистой оболочки носа с деструктивным поражением сосудистой стенки, внутрисосудистым стазом в капиллярах, внесосудистыми изменениями (формированием гранулем). Иммунолюминесцентные исследования выявили в стенках сосудов фиксированные иммунные комплексы. Поражение сосудистого русла подтверждалось данными ринореограмм, а именно: нарушались эластотонические свойства сосудов, повышался их тонус, снижалось кровенаполнение.

Данные тромбэластограмм у больных вазомоторным ринитом обнаружили признаки гипокоагуляции в сосудах слизистой оболочки носа. При аллергической форме ринита имелись признаки гиперкоагуляции, увеличивалась фибринолитическая активность. При полипозной форме риносинусита нарушения в системе гемостаза носили разнонаправленный характер с тенденцией к гиперкоагуляции, свойственной васкулитам.

В зависимости от показателей свертывания крови применялись различные методы лечения. Больным с вазомоторным ринитом назначали эндоназальный электрофорез 5% раствора аминокaproновой кислоты. При аллергической форме в полость носа вводили гепарин в виде мази, либо методом электрофореза. При выраженном отеке слизистой оболочки носа с обструкцией и нарушением функции носового дыхания в передние концы нижних раковин вводили трентал по 0,5 мл ежедневно, на курс 5 инъекций.

Включение корректоров системы гемостаза в комплекс лечебных мероприятий при рините сопровождалось отчетливой положительной динамикой в течении болезни. Больные отмечали улучшение носового дыхания, уменьшение выделений из носа и приступов чихания.

**О.В.Карнеева, М.Р.Богомилский, Н.Б.Леонидов, С.Б.Фитилев, В.А.Княжев**  
**ЛЕОКАИН - МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ**  
**В ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Кафедра ЛОР болезней педиатрического факультета РГМУ.**

**ГНИИ Биоэффект Министерства науки и технической политики (Москва)**

Одной из важных проблем оториноларингологии является проблема местного обезболивания. Она особенно актуальна в ринологии, где большая часть операций и манипуляций выполняется на слизистых оболочках, обладающих высокой болевой чувствительностью. В настоящее время отмечается явный дефицит адекватных местных анестетиков, а имеющиеся в наличии не обладают достаточным обезболивающим эффектом, токсичны и нестабильны в растворах.

На кафедре ЛОР болезней педиатрического факультета РГМУ для анестезии слизистых оболочек используется раствор леокаина — отечественного местного анестетика нового поколения. Он является физически устойчивой метастабильной модификацией тетракаина. Для синтеза препарата создана промышленная технология. Препарат обладает высокой анестезирующей активностью, превышающей анестезирующий эффект большинства применяемых в ЛОР практике препаратов. Он в три раза превосходит по эффективности тетракаин и значительно менее токсичен за счет снижения концентрации активного вещества в используемой лекарственной форме. Раствор леокаина стабилен, он может сохранять свои свойства более двух лет без введения в его состав стабилизаторов и консервантов. Препарат хорошо переносится больными, местные и общие аллергические реакции неизвестны. Леокаин использовался для анестезии у 164 больных в возрасте от 6 до 15 лет в виде 0,1%, 0,2% и 0,3% раствора при следующих вмешательствах: диагностическая эндоскопия полости носа, носоглотки и слуховой трубы, катетеризация слуховой трубы, лазерные хирургические манипуляции на глоточном устье слуховой трубы, пункции верхнечелюстных пазух, полипотомия носа, вскрытие абсцесса перегородки носа, аденотомия. Эффективность анестезии оценивалась по трехбалльной системе. Раствор применялся в виде инсталляций, а также на турундах и зондах, помещавшихся в полость носа и носоглотки за 30 секунд до проведения вмешательства. Местное анестезирующее действие достигалось через 20—30 секунд, длилось до получаса, было полным и соответствовало 3 баллам. Ни в одном случае не отмечено непереносимости препарата.

СА.Климанцев

**ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ В РИНОХИРУРГИИ**

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.**

**акад. И.П.Павлова**

Стремительное развитие ринологии обусловлено появлением новейших методов диагностики, инструментально — технической базы и способов хирургического пособия. Любой вариант ринохирургического вмешательства предусматривает применение различных методов анестезии, безопасность которых является важнейшим требованием.

Полость носа является сложной в анатомическом аспекте зоной, в которой отмечается максимальная плотность соматических и автономных рецепторных полей. Они могут служить источником разнообразных риновисцеральных и риновегетативных рефлексов с различным знаком, приводить к изменению электрической стабильности миокарда, микроциркуляции и газообмена. Такие состояния клинически проявляются в

виде бронхообструктивных синдромов, резких колебаний сосудистого тонуса и иногда нарушений ритма сердца. Нерациональная предоперационная подготовка, неадекватная анестезия и недооценка имеющейся соматической патологии являются причиной интраоперационных осложнений, причем их степень может быть такой, что оперативное пособие становится проблематичным или даже невозможным.

В силу специфики ринохирургических вмешательств, проводимых преимущественно в условиях местной анестезии, невозможно осуществлять общепринятый визуальный контроль, дающий информацию о уровне функционирования системы кровообращения, дыхания и корково—подкорковых отделов центральной нервной системы. Применение сложных систем контроля предусматривает проведение инвазивных процедур, получение значительного числа параметров, обеспечение и оценка которых находятся в сфере компетенции специалиста по клинической патофизиологии или анестезиологии. Они являются дорогостоящими в обслуживании, не позволяют оперативно получать значимую для хирурга информацию и соответственно принимать верное лечебно—тактическое решение в процессе операции. Очевидно, что для обеспечения непрерывного наблюдения за основными параметрами витальных функций, т. е. мониторинга в условиях ринохирургического пособия необходима собственная система контроля. Безусловными требованиями к такой системе являются: надежность, автономность, возможность обработки данных на ЭВМ, неинвазивность применяемых методик и сигнализация в случаях выхода параметра за установленные пределы. Число показателей должно быть минимальным, трактовка однозначной, не требующей привлечения других специалистов для их оценки.

По нашему мнению, такой системой, обеспечивающей надежный контроль за основными функциями организма во время ринохирургического вмешательства, является сочетание методов вариационной пульсометрии и пульсовой оксиметрии. Вариационная пульсометрия, основанная на анализе вариабельности ритма сердца, позволяет определить активность обоих отделов автономной нервной системы, оценить воздействие операционного стресса на пациента. Пульсовая оксиметрия, основанная на измерении поглощения света определенных длин волн, пропускаемого через ткани, позволяет непрерывно и неинвазивно определять величину процентного насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом. По показателям оксиметрии можно судить об адекватности вентиляционно — перфузионных взаимоотношений. Оба метода являются исключительно чувствительными, немедленно реагирующими на любое изменение гомеостаза.

Применяемые методы реализованы в приборах, выпускаемых как отечественными, так и зарубежными фирмами. Отечественные аппараты являются конкурентно способными по цене, уровню предъявляемых требований и могут быть рекомендованы для мониторинга в ринохирургии. В работе обсуждаются варианты мониторингового обеспечения с учетом вида оперативного пособия и анестезии, соматического и возрастного статуса пациента.

**А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов, В.М.Лукьянов, В.Ю.Харитонов**  
**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО**  
**ГЕМОСТАЗА**

**Центральная клиническая больница МЦ УД Президента РФ.**  
**Клинический ринологический центр (Москва)**

Размер кровопотери во время операции существенно сказывается на конечном результате лечения, а сокращение продолжительности операции и наркоза за счет быстрого гемостаза уменьшает риск таких осложнений, как пневмония, ателектаз, тромбофлебит и др. Длительность операции становится в последнее время и важным экономическим фактором. Каждому хирургу известно, насколько затягивают и затрудняют ход операции излишняя кровоточивость тканей и необходимость многократного лигирования сосудов. Этот фактор особенно важен при операциях на голове и на шее из — за богатой васкуляризации тканей. Из — за растущей распространенности синдрома приобретенного иммунодефицита и пациенты и врачи стали более настороженно относиться к гемотрансфузии, даже в тех ситуациях, когда размер кровопотери во время операции требует этого.

В течение многих лет идентификация, кватирование, выделение и лигирование сосудов являются основополагающими факторами в достижении адекватного гемостаза. Широкому внедрению электрохирургии препятствовали, во — первых, устоявшаяся точка зрения хирургов о том, что шовный материал стоит дешево, а коагуляторы — дорого, а также боязнь непрогнозируемого некроза тканей после коагуляции. Однако, совершенно неизвестно, в какой степени некротизируется деваскуляризованная ткань после наложения лигатуры на приводящий кровеносный сосуд. Сейчас практически во всех разделах хирургии контроль кровотечения при помощи электрокоагуляции используется достаточно широко. Недостатком данного метода гемостаза является возможность осложнений, среди которых основными является вероятность ожога тканей в области наложения пассивного электрода.

Последнее поколение электрохирургических установок, в частности выпускаемых фирмой "Valleylab" (США), открывает новые возможности в электрохирургии. Эти установки позволяют хирургу одновременно пользоваться биполярным и монополярным режимами и работать в этих режимах с использованием струи аргона. В режиме бесконтактной коагуляции поток аргона действует в качестве "мостика", по которому высокочастотный электрический ток проходит от электрода к ткани. Этот точно направляемый поток энергии позволяет более эффективно и щадяще коагулировать кровоточащую ткань. Замена кислорода и азота аргоном уменьшает степень ожога и карбонизации, снижает количество образующегося дыма и устраняет неприятный запах. За счет аргонусиленной коагуляции можно осуществлять гемостаз в случаях профузных кровотечений на больших площадях.

Использование резания в атмосфере аргона тоже удаляет дым, пар и кровь с хирургического поля, что повышает точность всей процедуры. Это значительно облегчает диссекцию в глубоких полостях, при формировании кожных лоскутов. Краевой некроз при резании в атмосфере аргона составляет несколько десяткой мкм, что сопоставимо с краевым некрозом при использовании обычного скальпеля. Таким образом, опасность послеоперационных осложнений, таких как заживление вторичным натяжением, нагноение операционной раны и формирование косметических дефектов, сводится к минимуму. Мощности электрохирургической установки позволяет рассекать не только кожу, мышцы и фасции, но и хрящевую ткань в том случае, если она не сильно



оссифицирована. По мнению Р.Н. Ward et al. (1989), использование аргоновой электрохирургической установки при больших, вмешательствах на шее позволяет сократить время операции и объем кровопотери по крайней мере на 1/3. Система постоянного автоматического контроля сопротивления тканей полностью исключает вероятность ожога тканей пациента в области наложения пассивного электрода.

В течение последних 5 месяцев мы использовали электрохирургическую установку "Force —30" с блоком подачи аргона "Force GSU" фирмы "Valleylab" при внутриносовых операциях, тонзиллэктомии, резекции гортани, шейной лимфодульэктомии, удалении парафарингеальных опухолей и других доброкачественных новообразований шеи, а также при операциях на щитовидной железе. Первый опыт применения этого метода электрохирургии будет приведен в докладе.

**М.М.Сергеев, Е.К.Гетманский**

## **ОБ ОБЩЕМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНОСОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра ОРЛ факультета последипломной подготовки врачей Кубанской медицинской академии (Краснодар)**

Околоносовые пазухи относятся к рефлексогенным зонам, и залогом успеха операции, направленной на полную санацию первичного гнойного очага, особенно при одномоментном вскрытии нескольких пораженных пазух, может быть только высокое качество анестезии. Наиболее приемлемым для операций на ЛОР органах является эндотрахеальный наркоз в сочетании с миорелаксацией и искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). Он практически лишен недостатков, присущих другим видам общего обезболивания (А.М.Талышинский, 1963; П.В.Сергиенко и Е.А.Ермаков, 1975; Sebor, 1964, Jabriel, 1971). При эндотрахеальной методике наркотическое вещество не попадает в желудок, исключается западение языка и аспирации крови, всегда можно применить ИВЛ.

Премедикацию у детей осуществляли по тем же принципам, что и у взрослых. При ее назначении мы исходили из рекомендаций В. А. Михельсона (1994) о целесообразности использования для премедикации у детей кетамина в сочетании с атропином и дроперидолом, обеспечивающих индукцию анестезии, при которой больные находятся в состоянии наркотического сна. Одним из распространенных методов введения ребенка в наркоз является ингаляционный, с помощью фторотана или закиси азота. Затем после венепункции (или венесекции) налаживают внутривенное введение растворов, миорелаксантов и производят интубацию трахеи.

У 117 из 155 наблюдавшихся больных с риносогенными орбитальными и внутричерепными осложнениями оперативное вмешательство было произведено под общим обезболиванием (у 90 пациентов диагностированы различные орбитальные осложнения и у 27 — внутричерепные). У подавляющего большинства детей операция, а следовательно и анестезиологическое обеспечение, проводились в экстренном порядке, без предварительного планового обследования и подготовки. Была достаточно высокой вероятностью возникновения различных осложнений, связанных с наркозом. Однако, несмотря на общее тяжелое состояние большинства больных, эндотрахеальный наркоз позволял сохранить довольно стабильные гемодинамические показатели даже в самые травматичные моменты операции. Ни у одного из больных не отмечено затекания крови в дыхательные пути.

Мы считаем, что после больших urgentных операций, особенно на нескольких

околоносовых пазухах, у детей с риносинусогенными осложнениями необходимо наблюдение и лечение в отделении интенсивной терапии или реанимации, в специально оборудованных для этой цели палатах, обслуживаемых квалифицированным персоналом.

**Г.А.Фейгин**

## **ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА И ИХ УСТРАНЕНИЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ**

**Кафедра ОРЛ Кыргызского медицинского института (Бишкек)**

В докладе будут освещены проблемы профилактики и лечения кровотечений и тромбозов у ринологических больных. К числу проблем, на которых будет заострено внимание, следует причислить:

1% Генетические механизмы возникновения кровотечений и тромбозов.

В этом разделе сообщения будут приведены краткие сведения об особенностях обследования больных для выявления приобретенных и врожденных нарушений в системе гемостаза. Будет обращено внимание на генез кровотечений в связи с атонией сосудов слизистой оболочки носа, обусловленной использованием сосудосуживающих капель пролонгированного действия, а также на тромбгеморрагический синдром (ТГС; диссеминированное внутрисосудистое свертывание), который по его проявлениям может быть местным и распространенным. Он особенно опасен, когда производится большие по масштабу хирургические вмешательства (резекция верхней челюсти, удаление юношеских ангиофибром носоглотки и т.п.).

Из — за обширной травмы и заместительной гемотерапии ТГС может проявляться как гиперкоагулогической, так и гипокоагулогической (вплоть до состояния несвертывания) стадиями, угрожающими жизни больных. Местный ТГС, наряду с циркуляторным, должен учитываться не в меньшей степени. Он является одной из важнейших причин некротических изменений в участках раны с нарушенным кровоснабжением и поврежденными тканями, в кожно—жировых и кожно — мышечных лоскутах, выкроенных и перемещенных даже с незначительными нарушениями принципов пластической хирургии, а также при свободной пересадке, например, когда дефект крыла носа замещается ушным аутотрансплантатом по Суслову. Будет обращено внимание и на патогенез тромбофлебитических осложнений риносинусофациального генеза, на диагностику тяжести процесса в венах крылонебного сплетения, глазницы и кавернозного синуса.

2. Терапия кровотечений и тромбозов.

В этом разделе сообщения будут освещены современные взгляды на местные мероприятия по предупреждению и остановке кровотечений. При этом будет отдано предпочтение щадящим методикам, в частности восстановлению сосудистого тонуса, утраченного в результате длительного применения сосудосуживающих капель. Будут рассмотрены методические основы предупреждения и лечения ТГС, как хирургические, так и медикаментозные: свежемороженая плазма, гепарин, аспирин, никотиновая кислота. Разумеется, необходим дифференцированный подход к использованию лекарственных препаратов в зависимости от стадии ТГС, его характеристик и патогенеза. Будут представлены методические основы общей терапии, которую следует проводить при приобретенных и врожденных нарушениях в системе гемостаза, обуславливающих повышенную склонность к кровотечениям и тромбообразованию. И наконец, будут изложены рекомендации по хирургическому и медикаментозному лечению тромбофлебитических осложнений риносинусофациального генеза, локализующихся в

крылонебном венозном сплетении и ретромандибулярном пространстве, глазнице и кавернозном синусе.

**М.Е.Чуфистов, В.С.Милюневский, М.А.Лобанов, В.М.Чуфистов**  
**ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ**  
**ПРИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЛОР-ОРГАНОВ**

**Кафедра ОРЛ Кемеровской государственной медицинской академии**

Кровотечения из ЛОР органов являются одним из самых сложных разделов специальности. Нередко возникают массивные кровотечения из крупных сосудов области головы и шеи при травмах, эрозиях сосудов в результате нагноительных процессов, во время и после хирургических вмешательств по удалению новообразований. Чаще наблюдаются кровотечения из ветвей наружной сонной артерии, реже — из внутренней и общей. Традиционно помощь в таких случаях осуществляется путем перевязки сонных артерий. Затруднительна дифференциальная диагностика кровотечений из внутренней и наружной сонных артерий. Могут возникнуть проблемы и в ходе операции при идентификации и лигировании этих сосудов. Перевязка общей и внутренней сонных артерий грозит осложнениями со стороны головного мозга в результате ишемии. Перечисленные выше моменты оправдывают применение более совершенных методов диагностики и остановки кровотечений из ветвей сонных артерий.

Развитие рентгеноэндоваскулярной хирургии (РЭХ) открыло новые возможности в клинической медицине. Сущность РЭХ заключается в проведении внутрисосудистых диагностических исследований и лечебных манипуляций под рентгенологическим контролем. Одним из методов РЭХ является рентгеноэндоваскулярная окклюзия (РЭО). Сущность метода заключается в эмболизации просвета артерии, являющейся источником кровотечения с последующей полной окклюзией сосуда и прекращением кровотока.

В ЛОР клинике Кемеровской государственной медицинской академии совместно с ангиографическим центром Кемеровской областной клинической больницы РЭО верхнечелюстной артерии применена у 4 больных. У 3 больных отмечалось тяжелое носовое кровотечение, и у 1 больного с ангиофибромой носоглотки РЭО производилась с целью профилактики кровотечения. У 3 больных с носовым кровотечением при каротидной и суперселективной ангиографии верхнечелюстных артерий до эмболизации определялся признак кровотечения — скопление рентгеноконтрастного вещества вне просвета сосуда. После эмболизации образовалась культя верхнечелюстной артерии. У больного с ангиофибромой носоглотки при ангиографии определялось массивное объемное образование, пронизанное сетью сосудов и занимавшее просвет носоглотки, клиновидную пазуху и задние отделы левой половины полости носа. Была выполнена РЭО левой верхнечелюстной артерии. После этого на ангиограмме контурировалась культя этого сосуда. У всех 4 больных с помощью РЭО верхнечелюстной артерии получен положительный результат: у 3 больных было остановлено носовое кровотечение, а у больного с ангиофибромой носоглотки операция выполнена при минимальном кровотечении.

После РЭО у всех больных наблюдался более или менее выраженный болевой синдром, который снимался анальгетиками. У первых двух больных в данной серии после выполнения РЭО появились участки некротизированной кожи на соответствующей половине лица. У одной больной наблюдался отек ушной раковины и некроз нижнего края мочки и кожи в области проекции околоушной железы, сопровождавшийся парезом лицевого нерва. После заживления не образовалось грубых рубцов, а функция

лицевого нерва восстановились полностью. У остальных 2 больных наблюдался лишь незначительный цианоз и явления поверхностного дерматита ушной раковины, которые бесследно исчезли через 3 — 4 дня после выполнения РЭО. Наш опыт показывает, что эндоваскулярный метод в диагностике и остановке кровотечений из ЛОР органов заслуживает внимания и более широкого внедрения в практику.

## **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНОСИНУСИТЫ**

### **С.В.Андреев, АА.Аверин, В.С.Зайцев, АА.Сквирская О ПРИМЕНЕНИИ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ**

**Отделение ОРЛ областной клинической больницы им. Мечникова  
(Днепропетровск, Украина)**

Поиск эффективных методов лечения хронических аллергических риносинуситов остается одной из актуальных задач клинической оториноларингологии. Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка эффективности различных методов лечения данной патологии. Нами изучена эффективность лечения хронического аллергического риносинусита традиционным методом, а также в сочетании с энтеросорбцией. Выбор последней методики был обусловлен тем, что у больных с указанной патологией выявлены изменения всех звеньев иммунной системы, отмечено повышение количества медиаторов аллергии и патологических иммунных комплексов (Э.В.Гюлинг, 1989; Д.И.Заболотный, 1989), что требует коррекции гемостаза.

Под нашим наблюдением находилось 45 больных с хроническим аллергическим риносинуситом (инфекционного генеза) в возрасте от 19 до 56 лет. Давность заболевания у большинства пациентов составила от 5 до 9 лет. Наблюдавшиеся больные были разделены на две группы с учетом применявшихся методов лечения. В первую группу, лечившуюся традиционным методом, было включено 14 больных, во вторую — 27 больных. Пациенты первой группы получали двухнедельный курс гипосенсибилизирующей терапии и эндонозального электрофореза гидрокортизона. Во второй группе дополнительно использовался энтеросорбент типа СКН в дозе 1 г на 1 кг веса по разработанной схеме. Оценка эффективности применявшихся методов терапии производилась на основании клинических данных, а также изучения иммунологических показателей (Е-РОК, ЕА-РОК, ЕАС-РОК и IgA).

До лечения у всех больных наблюдалось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение общих Е—РОК и активных ЕА —РОК. При динамическом наблюдении у больных первой группы изученные показатели существенно не менялись. Оценка показателей ЕАС —РОК выявила достоверные различия только в абсолютных числах. Нарушение гуморального звена иммунитета отмечено в снижении IgA, который в процессе лечения практически не менялся. При изучении иммунологических показателей во второй группе больных, получавших энтеросорбент, изменения были более выраженными. Достоверное повышение Е—РОК и ЕА—РОК отмечено уже сразу после лечения, причем выявленная тенденция сохранялась в течение 6 месяцев. Аналогичная картина отмечена и при исследовании IgA.

Как видно из представленных данных, традиционный метод лечения у больных

аллергическим риносинуситом не оказывает существенного влияния на стабилизацию иммунологических показателей, а период ремиссии не превышает трех месяцев. Оценивая эффективность лечения больных с использованием энтеросорбента, можно отметить положительное влияние последнего на динамику изучаемых показателей, что сочетается с удлинением периода ремиссии до 6 месяцев. Таким образом, наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что дополнение традиционных методов лечения хронических аллергических риносинуситов энтеросорбцией, повышает эффективность проводимой терапии и увеличивает период ремиссии.

**В.Ф.Воронкин**

## **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА**

**Кафедра болезней уха, горла и носа Кубанской государственной медицинской академии (Краснодар)**

Под нашим наблюдением находилось 7600 человек, из них 2800 животноводов, 2510 механизаторов и 2350 рисоводов. Выявлено 307 больных (4%) аллергическими риносинуситом, в том числе 104 животновода (3,7%), 108 механизаторов (4,3%) и 95 рисоводов (4%). Учитывая то, что животноводы имеют контакт с белково — витаминными добавками к корму животных, а рисоводы во время цветения риса — с его пылью, обладающими аллергическими свойствами, в Краснодарском краевом аллергологическом центре были приготовлены аллергены пылицы риса согласно требованиям М РТУ—42 N207 — 67. Фотографирование пылицы риса и определение ее размеров производили под микроскопом МБИ—II с микрофотонасадкой (МФН—12, окуляр х10, объектив х90). Оказалось, что пыльца риса характеризуется величиной от 20 до 35 мкм, то есть относится к группе пылевых зерен, вызывающих поллинозы.

Каких—либо особенностей в клиническом течении заболевания в зависимости от профессиональной принадлежности больных установлено не было. Поллинозы у работников сельского хозяйства протекали также, как и у других больных, не связанных с сельскохозяйственным производством.

В результате клинического и аллергологического обследования установлено, что у животноводов значительно чаще превалирует инфекционно — аллергическая форма риносинусита (чаще всего у доярок и скотников), в то время как поллинозы у них встречаются почти в три раза реже ( $p < 0,001$ ). Это связано с тем, что микрофлору животноводческих помещений в основном составляют условно патогенные микроорганизмы. Кроме того, систематическое воздействие неблагоприятных факторов, таких, как низкая температура, высокая относительная влажность и малая подвижность воздуха отрицательно сказываются на уровне сенсibilизации организма. У 3,3% больных этой группы выявлена также выраженная сенсibilизация к аллергену из белково — витаминного концентрата.

Среди аллергических заболеваний носа и околоносовых пазух у механизаторов сельского хозяйства чаще всего ( $p < 0,001$ ) встречались различные поллинозы (60,3%). Высокая частота поллинозов у них, вероятно, объясняется постоянным контактом с различными сорными травами и злаками. Обострения, как правило, наблюдаются в период наиболее активных полевых работ. У рисоводов, как и у механизаторов, превалировала ( $p < 0,01$ ) пылевая форма риносинусита. Условия их труда характеризуются рядом производственных вредностей (загрязнение воздушной среды пылью, ядохимикатами и т.д.), превышающих предельно допустимые величины. У 5,2%

больных из этой группы установлена высокая чувствительность к аллергену из пыльцы риса.

В зависимости от формы риносинусита амбулаторно и в стационаре клиники ЛОР болезней по разработанной нами схеме проведено лечение 179 больных. В ближайшем периоде наблюдения положительный результат отмечен у 83,2%, а в отдаленном периоде — у 57,3% пациентов.

**И.П.Енин, В.П.Карпов, НА-Сивоволова**

## **ЛЕЧЕНИЕ СЕЗОННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра ОРЛ ФПО Ставропольской государственной медицинской академии**

Одной из актуальных проблем современной ринологии является изыскание более современных методов лечения аллергических риносинуситов. Особое место среди этих заболеваний занимают риносинуситы, вызванные пыльцой сорных трав. Климато — географические особенности Ставропольского края определяют широкое распространение здесь поллинозов, вызванных пыльцой амброзии, лебеды и полыни. Сезон обострения риносинуситов в нашем крае начинается с конца июля и продолжается до конца сентября, когда цветут эти сорные травы. Мы провели комплексное обследование 48 детей в возрасте от 3 до 14 лет в стадии ремиссии поллиноза. Обследование проводилось по общепринятой для больных с аллергическими заболеваниями верхних дыхательных путей схеме, включающей общеклинические, аллергологические и иммунологические тесты.

Для каждого ребенка определялась строго индивидуальная комплексная терапия. Сначала проводилась санация всех хронических очагов инфекции: лечились кариозные зубы, по показаниям производились тонзиллэктомия и аденотомия, санация околоносовых пазух, а затем в строго определенные сроки проводилась предсезонная специфическая гипосенсибилизация. Заканчивалось лечение обычно за две недели до начала цветения соответствующих сорных трав. Основным методом лечения сезонных аллергических риносинуситов (поллинозов) у детей является специфическая гипосенсибилизация этиологически значимыми аллергенами. Сначала по данным алергометрического титрования определялась минимальная начальная доза вводимого аллергена, которая в дальнейшем увеличивалась по определенной схеме.

С целью оптимизации специфической гипосенсибилизации при сезонных аллергических риносинуситах у детей нами использован новый препарат алергоид из пыльцы сорных трав, изготовленный в аллергологическом отделе Ставропольского НИИ вакцин и сывороток и утвержденный Комитетом по аллергенам и иммунологическим препаратам при МЗ СССР 25.06.1981. Основное действующее начало препарата — протеине — полисахаридный комплекс, экстрагированный из обезжиренной пыльцы амброзии и подвергнутый мягкой обработке формальдегидом. Такое воздействие приводит к укрупнению белковой молекулы алергоида и блокированию части алергенных детерминант, в результате чего препарат обладает сниженной алергенностью, но сохраняет способность вызывать высокий терапевтический эффект у пациентов, чувствительных к пыльце амброзии. Это дает возможность введения больному за короткий срок максимальной переносимой дозы алергоида и значительного увеличения его суммарной дозы по сравнению с курсом иммунотерапии алергеном. У 16 детей, страдающих сезонными аллергическими риносинуситами, специфическая гипосенсибилизация проводилась обычными пыльцевыми алергенами,

а у 32 — аллергоидом.

Сравнительная оценка эффективности результатов проведенного лечения показала высокую эффективность лечения поллинозов у детей аллергоидом. Так, если курс лечения обычными пыльцевыми аллергенами требует в среднем 65 инъекций препарата, то специфическая гипосенсибилизация аллергоидом у некоторых больных завершилась уже через 2 — 3 недели от начала лечения, при этом наряду с уменьшением числа инъекций препарата более чем в 3 раза увеличилась и конечная доза вводимого аллергоида. Соответственно увеличивалась и суммарная доза препарата. Все дети хорошо переносили введение аллергоида, лишь у 6 из них введение высоких доз сопровождалось кратковременным местным зудом, что легко и быстро купировалось назначением антигистаминных препаратов.

Проведенные нами иммунологические исследования показали, что в обеих группах больных происходил достоверный рост блокирующих антител в сыворотке крови, значительно снижались титры IgE реагинов. В то же время аллергоид обладает более благотворным действием на динамику показателей сывороточного IgA и секреторных IgA и IgG. Таким образом, полученные данные подтверждают преимущество специфической гипосенсибилизации аллергоидом перед общепринятым лечением стандартными аллергенами.

**Т.Т.Ермеков, ЖА-Сатыбалдиева, О.Ж.Искендерова**  
**МОДИФИЦИРОВАННЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ В ДИАГНОСТИКЕ И**  
**ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**НИИ ЭМИБ. Кафедра ОРЛ Шымкентского государственного медицинского института (Казахстан)**

В настоящее время актуальной проблемой во многих странах мира является возрастающая частота аллергических заболеваний дыхательных путей. Во многих регионах, особенно в странах с теплым климатом и богатой растительностью, широко распространены аллергические заболевания органов дыхания, вызванные растительной пылью. Специфическая диагностика и специфическая иммунотерапия требуют разработки специальных диагностических и лечебных препаратов — аллергенов из причиннозначимых видов пыльцы.

Целью работы было получение эффективных в диагностике и лечении модифицированных пыльцевых аллергенов с помощью неионных детергентов, а также изучение в эксперименте их антигенных и перекрестно — иммунологических свойств. Впервые был разработан принципиально новый подход к получению иммунодиагностического и иммуномодулирующего препарата при использовании неионных детергентов КС —3 и СН, которые были получены в лаборатории химии растений института химических наук Национальной Академии наук Республики Казахстан (директор — академик Е.Е.Ергожин). В экспериментальных условиях были разработаны несколько серий препаратов, установлены оптимальные условия для получения высокого выхода биологически активных веществ из нативной пыльцы в растворе жидкости Эванса —Кока. Определен антигенный состав, исследованы иммунологические и иммунохимические свойства модифицированных аллергенов из пыльцы полыни однолетней и заилийской.

Установлена многокомпонентность иммунохимического состава новых модифицированных препаратов из пыльцы двух региональных видов полыни. В КС — 3 экстракте из пыльцы полыни заилийской выявлены до 4 — 5 видоспецифических и 1 — 2 перекрестно — реагирующих компонентов и до 10 белковых фракций. В модифицированных аллергенах, полученных с помощью неионного детергента СН число индивидуальных антигенов было 5—6, а общих — 2,9 белковых фракций. На экспериментальных моделях аллергии показаны эффективные иммунодиагностические свойства модифицированных экстрактов как в тестах *in vitro*, так и в тестах *in vivo*. Высокая иммунодиагностическая активность модифицированных аллергенов продемонстрирована при исследовании сывороток больных с аллергическими ринитами пыльцевой этиологии.

Новые аллергены позволяют ставить диагноз и выявлять причинный аллерген для последующего проведения специфической иммунотерапии. В эксперименте на модели аллергии к пыльце полыни заилийской проверялась гипосенсибилизирующая активность новых модифицированных аллергенов. Специфическая иммунотерапия проводилась ингаляционным методом. Оценку эффективности лечения проводили с помощью постановки кожных проб, реакции пассивной кожной анафилаксии по Овери, реакции дегрануляции тучных клеток и общего анафилактического шока. Установлены достоверные показатели снижения чувствительности слизистой оболочки верхних дыхательных путей и кожи после окончания курса специфической иммунотерапии в опытных группах животных. Эффективность лечения модифицированными аллергенами в эксперименте демонстрирует их преимущества перед известными ранее. Это позволяет рекомендовать их для использования в специфической иммунодиагностике и специфической иммунотерапии аллергических заболеваний после проведения соответствующих клинических испытаний.

**Ю.А.Кучнев, Т.Т.Ермеков, Н.Т.Джайнакбаев**

## **РЕСПИРАТОРНЫЕ АЛЛЕРГОЗЫ В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИКИ**

**Кафедра ОРЛ Шымкентского государственного медицинского института  
(Казахстан)**

В возникновении и клиническом течении многих аллергических заболеваний верхних дыхательных путей большую роль играют факторы внешней среды, в том числе особенности климата, ландшафта, географического положения, характера загрязненности атмосферы аэробикоаллергенами. Целью данных исследований было изучение особенностей этиологии, клиники, и эпидемиологии аллергических ринитов пыльцевой этиологии, а также уточнение роли ведущих сенсibilизаторов в южных регионах Казахстана.

Проведены комплексные исследования по изучению климате — географических условий, характера аллергенной флоры, распространенности важнейших видов аллергенных растений, установлению основных сезонов повышенного содержания пыльцевых зерен широко распространенной аллергено — опасной флоры. Установлены основные закономерности количественного и качественного состава пыльцы в различных зонах Казахстана, основные сроки палинации различных таксонов с помощью аэропалинологических и флористических методов исследования.

На основе фенологических наблюдений проведен сбор пыльцы основных аллергенных растений юга Казахстана и изготовлены диагностические и лечебные



аллергены. В лаборатории аллергенов НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней Минздрава Республики Казахстан были изготовлены региональные аллергены более 40 наименований, которые после тщательных экспериментальных исследований и клинических испытаний были внедрены в клиническую практику для проведения специфической диагностики и специфического лечения больных поллинозом.

Нами использовались пыльцевые аллергены из местного сырья для установления этиологической структуры аллергических ринитов в южных регионах Казахстана. Анализ результатов кожных проб показал, что у больных, проживающих в аридной зоне, повышенная чувствительность к пыльце деревьев встречается сравнительно редко. Чаще наблюдается сенсibilизация к пыльце луговых трав. Особенностью сезонных ринитов юга оказалась высокая частота сенсibilизации к пыльце маревых и сложноцветных, причем выраженность кожно—аллергических проб свидетельствовала о чрезвычайно высокой степени алергизации организма больных к указанным видам аллергенов.

Больным проводили внутриносовую титрацию аллергенами для определения степени чувствительности слизистой оболочки носа, а также для установления начальной дозы аллергена для проведения специфической иммунотерапии. Показано, что степень чувствительности слизистой оболочки носа была различной и зависела от вида аллергена. Наибольшая чувствительность выявлялась к экстрактам сорных трав — полыни и маревых.

У всех больных изучены клинические проявления аллергических ринитов, подробно проанализированы риноскопические симптомы в период обострения. Почти у всех больных в период обострения наблюдали отек слизистой оболочки носа (96,2% больных), особенно нижних носовых раковин. Окраска слизистой изменялась по мере выраженности отека, но чаще была бледной, серой. Выявлялась патология и со стороны других ЛОР органов: гортани, глотки, носоглотки, среднего уха и слуховых труб, причем последних — гораздо реже (в 7 — 8% случаев). Сезонный аллергический ринит, как правило, сопровождался нарушением основных функций носа — дыхательной, защитной и выделительной. Это приводило к нарушению кислотно—щелочного равновесия в организме, снижению защитных свойств слизистой оболочки и развитию тяжелых осложнений.

**А.В.Павлищук, А.В.Степанов**

## **ПОСТГРИППОЗНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНОСИНУСИТЫ**

**Городская поликлиника, Геленджик**

Острая респираторная инфекция, в частности гриппозная, способствует возникновению аллергических риносинуситов. Волна гриппозных заболеваний, которая началась во многих регионах России, в 1995 году захватила и Краснодарский край и в частности г.Геленджик. По нашим данным, у 49% больных (из 145 обследованных) с аллергической риносинусопатией была выявлена гриппозная инфекция. О значительной распространенности риносинуситов во время эпидемий гриппа в разное время сообщали А.Д.АДО (1965), А.Г.Лихачев (1965), М.А.Сакалинская (1965), Б.В.Псахис (1960) и М.С.Плужников (1983). Они считают, что гриппозная инфекция является толчком для активации различных микроорганизмов, вегетирующих в сенсibilизированной слизистой оболочке носа и околоносовых пазух.

Как правило, на консультацию направлялись больные, отмечавшие стойкую

заложенность носа после перенесенного гриппа. Всем впервые обратившимся на консультативный прием производилась флюорография околоносовых пазух. У 89% обследованных выявлено снижение пневматизации верхнечелюстных пазух. При анализе амбулаторных карт мы пришли к выводу, что у больных на фоне гриппа острый синусит развивался обычно на пятые — восьмые сутки от начала заболевания.

При диагностических пункциях верхнечелюстных пазух только у 9 пациентов было получено гнойное содержимое. Чем позже направлялись на консультацию больные гриппом, тем больше выраженными были аллергические проявления: приступы мучительного безудержного чихания, резкий отек слизистой оболочки и водянистые выделения из носа. Слизистая оболочка приобретала жемчужно — серый или синеватый оттенок. В общем анализе крови отмечалось повышенное содержание эозинофилов. В отдаленном периоде наблюдения 60% больных избавились от проявлений постгриппозного риносинусита. Однако, наше исследование свидетельствует о том, что общепринятые принципы лечения больных в период эндемий и эпидемий гриппа не предупреждают развитие острых синуситов. Последние способствуют развитию воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей, о чем свидетельствует длительно не прекращающийся кашель.

На основании приведенных данных, мы полагаем, что необходимо разработать комплексный план более эффективного лечения постгриппозных заболеваний околоносовых пазух, который должен осуществляться на основе тесного контакта терапевтов и оториноларингологов в период эпидемий гриппа. Период между пятыми — восьмыми сутками заболевания следует считать критическим в отношении возможности развития острого синусита. Больных с трудно купирующимся кашлем необходимо своевременно консультировать у оториноларинголога для исключения острого синусита.

## **Н.К.Починина, Н.И.Баранова, Б-А-Молотиллов, О.В.Струкова, Е.М.Костина** **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНИТЫ И АСПЕКТЫ ИММУНОТЕРАПИИ**

### **Пензенский институт усовершенствования врачей**

Целью работы было изучение этиологических факторов при аллергических ринитах на территории Пензенской области и эффективности иммунотерапии при данной патологии. Под нашим наблюдением находилось 117 больных в возрасте от 17 до 55 лет с сезонной и круглогодичной формами аллергического ринита. При сезонных ринитах на территории области основную роль в этиологии болезни играли пыльца деревьев (береза, ольха, ясень) и пыльца сорных трав (ежа сборная, полынь). Определение специфических IgE — антител в сыворотке крови у этих больных (иммуноферментный анализ) показало достаточно высокий процент (более 70%) корреляции с результатами кожных проб.

Для лечения этих больных с успехом использовали метод специфической иммунотерапии коммерческими пыльцевыми аллергенами (производство «Аллерген», г.Ставрополь). С 1995 г. для специфической иммунотерапии применяли новые формы препаратов — аллергоиды, которыми лечили по укороченной схеме. В период сезона цветения для снятия обострений лучшим препаратом оказался кларитин (фирма «Schering-Plough»). Препарат назначали по 1 таблетке 1 раз в день.

В этиологии круглогодичных ринитов важную роль играли бактериальные (золотистый стафилококк, пиогенный стрептококк, нейссерия перфлава) и грибковые (кандида альбиканс, кандида крузеи) аллергены. Иммунологический статус этих больных

характеризовался, в первую очередь, нарушениями со стороны клеточного звена иммунитета. У больных отмечалось снижение до 45% — 55% показателя общего количества Т-клеток (по тесту Е — РОК с эритроцитами барана) и снижение их функциональной способности (до 30%, при норме 45%) по реакции бласттрансформации лимфоцитов с фитогемагглютинином. При лечении больных с круглогодичным ринитом использовали различные иммуномодуляторы с учетом характера иммунных изменений.

**Р.К.Тулебаев, Р.К.Ермекова, Т.Н.Джайнакбаев**  
**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ**  
**АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ**  
**ПУТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ**

**Кафедра ОРЛ Шымкентского государственного медицинского института (Казахстан)**

Одной из приоритетных направлений медицинской науки в Республике Казахстан является изучение распространенности, этиологии и клиники аллергических заболеваний дыхательных путей в различных климатических зонах на модели крупных городов, где отмечается воздействие на организм человека множества различных факторов. Целью исследования было изучение характера клинического течения и эпидемиологии аллергических заболеваний дыхательного тракта у детей, проживающих в различных по экологической ситуации зонах г.Алматы.

Проведено трехэтапное обследование ЗОЮ детей в возрасте до 14 лет с применением специальной программы, унифицированной карты и стандартных критериев диагностики аллергологической патологии у детей, разработанных в НИИ педиатрии АМН России. На первом этапе проводилось сплошное обследование детей с помощью скрининг—анкеты, заполнявшейся на каждого ребенка, и изучения амбулаторных карт. На втором этапе давалась комплексная оценка роли медико — биологических и социально—гигиенических факторов риска аллергических заболеваний на основе заполненной «Карты изучения эпидемиологии аллергических болезней у детей». На третьем этапе проводилось специальное обследование детей путем постановки кожных аллергических проб в период ремиссии. Использовался полный набор диагностических и лечебных аллергенов: пыльцевые, бытовые, эпидермальные, грибковые, пищевые и бактериальные.

Обследование проводили в трех различных по уровню загрязненности внешней среды зонах г. Алматы, расположенных у подножья северного склона хребта Заилийского Алатау. Зона «А», наиболее неблагоприятная в экологическом отношении, имеет наиболее высокий показатель загрязненности воздушной среды — 12,47. Зона «В» занимает промежуточное положение, показатель загрязненности воздуха составляет здесь 9,03. Зона «С» относительно чистая, с показателем загрязненности равным 3,9.

Из ЗОЮ обследованных у 318 (105,6 на 1000 детского населения), выявлены различные формы аллергических заболеваний. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей диагностированы у 43,19% обследованных. У 20,2% из них причиной болезни были пыльца аллергенных растений и заболевание протекало в форме сезонных ринитов и риноконъюнктивитов, у 6% — в форме ринитов, у остальных риниты сочетались с патологией нижних дыхательных путей — бронхитами и бронхиальной астмой. У детей раннего возраста (до 3 лет) аллергические заболевания встречались в два раза чаще, чем у детей школьного возраста, что объясняется наличием в раннем возрасте транзиторных форм аллергии, обусловленной незрелостью барьерных и рецепторных функций

органов — мишеней.

Установлена прямая зависимость уровня заболеваемости от экологического состояния среды проживания. Факторами риска, наряду с наследственной предрасположенностью и экологической ситуацией, являются частые воспалительные заболевания органов дыхания, а также условия вскармливания в грудном возрасте. Ведущими этиологическими аллергенами были бытовые, эпидермальные и пыльцевые с учетом региональной флоры. Таким образом, широкая распространенность, особенности возрастной динамики, этиологии и клиники аллергических заболеваний верхних дыхательных путей у детей в Казахстане обосновывают необходимость дальнейших научных разработок в этой области.

## **ДРУГИЕ ВОПРОСЫ РИНОЛОГИИ И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН**

### **А.Г.Балабанцев, Л.М.Омерова, М.А.Завалий, И.А.Онуфриев, И.Д.Сейтягаев ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РИНОСИСУСИТАМИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ**

**Крымский медицинский институт им. С.И.Георгиевского  
(Симферополь, Украина)**

В последние годы при лечении многих заболеваний широкое применение получила лимфотропная терапия, которая оказывает влияние на местные и общие факторы неспецифической защиты. Мы изучили динамику гуморальных факторов неспецифической защиты у 102 больных с риносинуситами (57 больных с инфекционно — аллергической и 45 с аллергической формами заболевания) в процессе лимфотропной иммунокорригирующей терапии. Мужчин было 71, женщин — 31 в возрасте от 15 до 83 лет. У всех больных до лечения, после приема 3 — 4 процедур и при выписке определялись содержание лизоцима, пропердина, титр комплемента в сыворотке крови, содержанием полости носа и околоносовых пазух.

Терапия всех больных проводилась непрямым лимфотропным путем, когда препараты противовоспалительного, иммунокорригирующего и гипосенсибилизирующего ряда вводились непосредственно в лимфоузлы носоглоточного кольца, заушные лимфоузлы и в слизистую оболочку полости носа. Подбор препаратов, их доз и комбинаций проводился методом иммунологического тестирования. Контрольную группу составили 64 больных с риносинуситами, которые получали те же препараты, но обычным путем. В основном, применялись тималин, тимоген, Т—активны, В—активны, аллергоиммуноглобулин, антистафилококковый и антистрептококковый иммуноглобулины.

До лечения уровень содержания лизоцима, пропердина и титр комплемента в сыворотке крови зависели от формы, тяжести и длительности заболевания. Так, при норме  $8,3 \pm 0,1$  ед. содержание лизоцима в сыворотке крови у больных инфекционно — аллергическим ринитом составляло  $1,3 \pm 0,1$  ед., аллергическим ринитом —  $2,1 \pm 0,1$  ед.; пропердина (при норме  $11,6 \pm 0,2$  ед. ) —  $5,3 \pm 0,2$  и  $9,3 \pm 0,2$  ед.; титра комплемента (при норме  $55,8 \pm 0,4\%$ ) —  $35,6 \pm 0,3\%$  и  $46,1 \pm 0,4\%$  соответственно. У больных с инфекционно — аллергическим риносинуситом содержание лизоцима в сыворотке крови уже после первых процедур повышалось на  $32,3 + 0,8\%$ , а в содержимом полости носа и околоносовых пазух — на  $58 \pm 0,2\%$ . К концу лечения его содержание повышалось на 50—120%. Аналогичные изменения наблюдались в содержании пропердина и титра комплемента. Более отчетливая нормализация этих показателей наблюдалась у больных с аллергическими риносинуситами. Так, к концу лимфотропной терапии содержание лизоцима, пропердина и титр комплемента соответствовали норме (лизоцим —  $8,3 \pm 0,2$  ед. , пропердин —  $11,4 \pm 0,1$  ед. и титр комплемента —  $53,0 \pm 0,6\%$ ). В первой группе больных основные симптомы заболевания купировались на 3 — 4 дня раньше, чем в контрольной группе.

Таким образом, лимфотропная терапия хронических аллергических риносинуситов является эффективным методом лечения данной патологии. Она снижает расход дорогостоящих медикаментов в 1,5—2 раза, уменьшает среднее пребывание больного на койке на 2,5—3 дня, быстрее и стабильнее восстанавливает показатели гуморальных факторов неспецифической защиты.

**Н.Н.Беликова, В.А.Щербаков**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ОПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

**Кафедра ОРЛ Самарского государственного медицинского университета**

В развитии секреторного среднего отита играют роль различные факторы, ведущие к формированию основного патогенетического механизма — дисфункции слуховой трубы. Целью данного исследования была разработка метода медикаментозного воздействия на глоточное отверстие слуховой трубы при лечении больных экссудативным средним отитом. Сущность метода заключается в инъекциях в толщу валиков глоточного отверстия слуховой трубы медикаментозных препаратов, вызывающих состояние стойкого, но обратимого зияния слуховой трубы, причем эта процедура выполняется под контролем эндоскопа. Вызванное зияние слуховой трубы при экссудативном среднем отите способствует удалению патологического выпота, устранению отрицательного давления в барабанной полости, созданию максимально возможного объема ретротимпанального воздушного пространства без нарушения целостности барабанной перепонки, восстановлению парциального давления кислорода в среднем ухе, восстановлению и улучшению аспирационной и эвакуаторной функций слуховой трубы.

Процедура выполнялась при помощи эндоскопа Hopkins диаметром 4 мм, и иглы — канюли длиной 15 см. Инструмент проводили к отверстию слуховой трубы эндоназально. В качестве медикаментозных средств использовались препараты группы бетаметазона. Достижение состояния зияния слуховой трубы, так же как и его исчезновения, регистрировалось с помощью импедасометра. Об уменьшении отрицательного давления в тимпанальной полости судили по сдвигам тимпанограммы. Динамика слуховой функции регистрировалась путем тональной аудиометрии. Восстановление проходимости слуховой трубы отмечалось через 3 — 36 часов после введения препарата. Длительность достигнутого «зияния» после однократной инъекции — до полутора — трех недель.

Анализ результатов лечения с применением данной методики дал следующие данные. В первой стадии секреторного отита нормализация давления в тимпанальной полости развивалась постепенно и достигалась к 3 — 5 дню. Во второй стадии полная эвакуация экссудата из среднего уха отмечалась к 5— 14 дню, в зависимости от вязкости экссудата, нормализация показателей тимпанометрии наступала к 10— 14 дню, стойкое улучшение слуха, подтвержденное аудиометрически, наступало к концу третьей недели. При лечении больных с начальными признаками развивающегося фиброза среднего уха сроки выздоровления увеличивались на 10—15 дней. В 1994—1995 годы с использованием данной методики было пролечено 14 больных, практически у всех достигнута стойкая ремиссия. Отмечено, что метод наиболее эффективен в двух первых стадиях секреторного отита. Осложнений во время проведения манипуляции мы не наблюдали.

С учетом полученных результатов предлагаемую методику можно считать хорошей альтернативой методу шунтирования.

**Г.К.Кржечковская, Г.Г.Мосиянц**

## **О ТАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РИНОПАТИИ Краевая клиническая больница (Ставрополь)**

Нейровегетативная ринопатия, одна из форм вазомоторного ринита, встречается достаточно часто у больных, страдающих повышенной возбудимостью вегетативной нервной системы. В основе патогенеза подобных расстройств чаще всего лежит не воспалительный процесс, а другие патофизиологические механизмы (Л.Б.Дайняк, 1966; А.Т.Костышин, И.И.Яковенко, 1976; Ю.В.Митин, Д.О.Михайловский, 1991; J.H.Girgis et al., 1974). Это необходимо учитывать при обращении больных с жалобами на затрудненное носовое дыхание переменного или постоянного характера, заложенность и шум в ушах. Назначение сосудосуживающих средств, продувание слуховых труб и физиолечение в этой ситуации нередко бывают безуспешными.

Под нашим наблюдением находились 38 больных, страдающих более 5 лет гипертонической болезнью I—II стадии. Среди них было 25 женщин и 13 мужчин в возрасте от 42 до 60 лет. Больные по рекомендации терапевта на протяжении одного — двух лет принимали курсами адельфан и раунатин. Первичное обследование проводили на фоне приема этих средств. Признаки аллергического ринита отсутствовали. После тщательного сбора анамнеза, обследования у невропатолога с контролем артериального давления (АД) в динамике и оптической эндоскопии ЛОР—органов проводилось комплексное исследование слуховой функции. На клиническом аудиометре МА—31 (Германия) проводили тональную, пороговую и надпороговую аудиометрию, импедансометрию в режиме тимпанограмма—рефлекс, а также проводили исследование объективного шума на компьютеризированном аудиометре 702020 фирмы «Madsen» (Дания). Наряду с этим проводили контроль носового дыхания, определяли степень увлажненности слизистой оболочки нижних носовых раковин, которую оценивали по регистрации ее электропроводности на разработанном нами приборе. Носовое дыхание исследовали по методике Д.И.Тарасова и соавт. (1980), при этом дыхание было свободным у 19 больных, нарушение дыхания I степени наблюдалось у 14, II степени — 5 пациентов, у которых выявлены гребень или искривление носовой перегородки. Показатели электропроводности были в пределах нормы у 15 больных, у остальных имело их повышение, что соответствовало большей степени увлажненности.

При проведении тимпанометрии тип «А» по классификации J.Jerger (1970) отмечен у 19 пациентов, остальные имели конфигурацию «С» — от 80 до 200 мм водного столба. Нормальной слуховая функция была у 18 пациентов, 7 больных имели повышение порогов звукопроводения на 20 дБ в басовом диапазоне частот. Поражение звуковосприятия зафиксировано у 13 больных, причем у 5 из них пороги слуха были в пределах возрастной нормы. Объективный шум не выявлен ни у кого у больных.

После согласованного с терапевтом исключения из гипотензивной терапии препаратов, содержащих резерпин 77% больных отмечали уменьшение заложенности носа, и ушей, уменьшение ушного шума при стабильных цифрах АД. Показатели электропроводности у 30 человек приближались к норме, а нарушение носового дыхания регистрировалось только у 8 больных. Тип «А» тимпанограммы зарегистрирован у 31 пациента, у 7 сохранялся тип «С». Нарушения звукопроводения не отмечено, хотя степень поражения звуковосприятия осталась прежней. Результаты проведенное клиничко — функционального исследования позволяют обратить внимание оториноларингологов на возможность возникновения медикаментозной ринопатии у

больных, получающих гипотензивную терапию, Правильная диагностика данного состояния должна предопределять тактику ведения этих больных.

**Р.П.Крымская, А.М.Козлова, Г.И.Семенова**  
**К ВОПРОСУ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ**  
**НЕЙРОСЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ОБОНЯНИЯ**

**Кафедра ЛОР болезней Пензенского института усовершенствования врачей.**  
**Пензенская областная больница. Терновская ЦРБ**

Острые инфекционные заболевания нередко являются причиной anosмии. Рецепторные клетки обонятельного анализатора представляют собой участки нервной системы, вынесенные на периферию, поэтому они подвержены действию различных вредных факторов внешней среды и инфекциям. Ю.М.Овчинников (1995), анализируя наблюдения 400 больных с гипо— и anosмией, считает, что 56,7% нарушений обоняния обусловлены гриппом и ОРВИ, 15,2% — вдыхание раздражающих веществ, а 12% — черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Под нашим наблюдением находилось 37 больных в возрасте от 35 до 54 лет. У 61,1% заболевание было связано с ОРВИ, у 24,3% — с переломом костей носа или ЧМТ, у 13,5% — с хирургическими вмешательствами в полости носа. Длительность заболевания составляла от 2 недель до 1,5 лет. В зависимости от длительности заболевания оценивали как острое нейросенсорное нарушение обоняния в период до 1 месяца у 54% больных, подострое, в период от 1 до 6 месяцев — у 27%, как хроническое, свыше 6 месяцев — у 17%. При респираторной инфекции обычно имело место двустороннее нарушение обоняния, после ЧМТ и хирургических вмешательств в 18,4% случаев оно было односторонним.

Как известно, ведущим фактором в механизме поражения обонятельного анализатора являются высокая вазотропность и нейротропность вируса гриппа, а также травматическое повреждение рецепторных образований органа обоняния. Качественное исследование обоняния для выявления способности воспринимать и различать запахи основано на использовании набора пахучих веществ (Н.С.Благовещенская, 1976). У обследованных больных в 81,2% случаев имела место гипосмия, у 17,8% — anosмия, у 13,4% — паросмия, у 21,3% — гиперосмия. Последняя протекала по типу «рекруитмента», когда больные начинали вдруг воспринимать слабые запахи как сильные.

Успех терапии зависел от степени сохранности воспринимающих элементов рецептора и обратимости патологических сдвигов в клетках. Лечение было эффективным лишь при наличии изменений в рецепторах обратимого характера, в основном, при случаях нарушения обоняния после перенесенной инфекции (72,3%). Медикаментозная терапия при периферических нейросенсорных нарушениях была направлена на улучшения кровообращения и обменных процессов в рецепторном отделе обонятельного анализатора, дегидратацию, дезинтоксикацию, гипосенсибилизацию и регуляцию синаптической передачи нервных импульсов. Лечение включало также использование биогенных стимуляторов, гипербарической оксигенации и рефлексотерапии. Наш опыт лечения больных гипо— и anosмией показывает, что при острой и подострой стадии нарушений функции обонятельного анализатора комплексная медикаментозная терапия позволяет в 19,9% случаев восстановить обоняние, а у 51,4% больных —значительно его улучшить по сравнению с исходным уровнем перед курсом лечения.



**А.В.Пидаев, И.П.Игнатонис, М.М.Омеров, А.Г.Балабанцев**  
**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕПРЕРЫВНОЙ**  
**РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С**  
**ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ И ПАТОЛОГИЕЙ**  
**БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ**

**Крымский медицинский институт им. С.И.Георгиевского**  
**(Симферополь, Украина)**

Тесные анатомо — физиологические и рефлекторные связи верхних и нижних дыхательных путей приводят к развитию риносинусобронхопальмональных заболеваний. Для эффективного лечения патологии носа, околоносовых пазух и бронхопальмональной системы обязательно требуется сочетанная этиологическая, патогенетическая, санаторно — курортная и длительная ЛФК — терапия. Разработанная нами непрерывная комплексная иммунокорректирующая реабилитационная терапия наиболее полно соответствует этому требованию. Она апробирована у 56 больных с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) и у 64 больных с инфекционно — аллергической бронхиальной астмой (ИАБА), сочетавшихся хроническими риносинуситами, в течение 1,5 — 2 лет. Контрольная группа — 90 больных с ХОБ, ИАБА и хроническим риносинуситом — получала традиционное лечение.

Каждый больной проходил следующие этапы лечения: стационарный (18 — 21 день), на котором путем всестороннего функционального, иммунологического, иммуноферментного и электропунктурного обследования устанавливались этиология, патогенетические особенности, иммунологические и ферментологические нарушения, выявлялись сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания. На первый план выдвигалась консервативная или хирургическая санация патологии носа и околоносовых пазух. Лечение проводилось преимущественно лимфотропными экстракорпоральными и ЛФК методами. Закрепляющий этап (20—21 день), продолжался в НИИ им. И.М.Сеченова сразу после выписки из стационара, в санатории «Дубна» г.Алушта или профилакториях г.Феодосии и г.Керчи. На этом этапе полученный в стационаре клинический и иммунологический эффект закреплялся методами климато —, физио— и ЛФК — терапии. После санаторно-курортного лечения больной переводился в реабилитационную группу при поликлинике, где продолжал специализированную ЛФК — терапию и находился под постоянным контролем ЛОР — специалиста, пульмонолога и иммунолога.

После двух этапов клиническая и иммунологическая ремиссия при ИАБА составляла  $4,3 \pm 0,6$ , при ХОБ —  $5,2 \pm 0,4$  месяца. С учетом этого интервала больной госпитализировался через 3 — 4 месяца на профилактическое стационарное обследование и лечение, где проводилось контрольное обследование и укороченный курс лечения в течение 12—14 дней. После этого больной вновь направлялся на санаторно — курортное лечение или в реабилитационное отделение поликлиники. После этого этапа ремиссия длилась у больных ИАБА —  $9,3 \pm 0,2$ , при ХОБ —  $10, \pm 0,3$  месяца. Однако, через 8 — 9 месяцев больной вновь госпитализировался в стационар для профилактического курса иммунокорректирующей терапии в течение 10—12 дней. На завершающий этап реабилитации больной направлялся в НИИ им. И.М.Сеченова, в санаторий или профилакторий на 21—24 дня.

Анализ результатов лечения показал, что в группе больных с ХОБ выздоровело 14 человек, получено значительное улучшение у 23, улучшение — у 8. Среди больных ИАБА

выздоровело 11, значительное улучшение наступило у 40, улучшение — у 7 больных. В контрольной группе случаев выздоровления не было, значительное улучшение наблюдалось у 11, улучшение — у 9, без перемен — у 46, ухудшение — у 19, умерло 5 больных.

**С.З.Пискунов, С.М.Яцун**

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ АЭРОЗОЛЬТЕРАПИЯ В РИНОЛОГИИ**

**Кафедра ОРЛ Курского государственного медицинского университета**

В последнее время среда обитания человека и вся биосфера подверглась коренному изменению вследствие глобального загрязнения. Это не могло не отразиться и на начальном отделе дыхательного тракта, представляющего собой мощный барьер на пути патогенных агентов внешней среды. В связи с этим в структуре общей заболеваемости риниты и синуситы различной этиологии занимают в настоящее время одно из первых мест. Это — ведущая патология в оториноларингологии как в поликлиниках, так и в стационарах. Разработка методов активного местного воздействия на воспалительный процесс в слизистой оболочке носа и околоносовых пазухах является одной из важнейших проблем клинической медицины.

Одним из высокоэффективных и щадящих методов лечения заболеваний верхних дыхательных путей является введение лекарственного препарата в полость носа в виде аэрозоля. В этом случае препарат попадает на слизистую оболочку в необходимой концентрации и обеспечивает равномерное распределение по всей поверхности. Однако, имеющиеся в настоящее время приборы и оборудование не позволяют достичь определенных требований, как то: строго дозированное введение лекарственного вещества в полость носа, заданная температура воздушного потока и возможность изменения ее в процессе лечения, а так же принудительная подача лекарства с воздушной струей в полость носа.

На решение этих и некоторых других проблем было направлено создание нами нового медицинского аппарата, который должен способствовать быстрому и эффективному лечению воспалительных процессов полости носа и околоносовых пазух. Принцип работы основан на принудительной подаче в полость носа воздушной струи заданной регулируемой температуры, а так же возможности дозированного введения в эту струю лекарственного вещества в виде высокодиспергированного с помощью ультразвукового преобразователя аэрозоля. Лекарственное вещество переходит в вибрирующее состояние и формирует аэрозоль с размером частиц 5—50 мкм посредством механических колебаний конической воронки ультразвукового пьезоэлектрического преобразователя. Одновременно с этим вентилятор воздушнонагревателя осуществляет подачу воздуха из атмосферы в зону смешивания. Нагревательный элемент доводит температуру воздуха до заданной, а термодатчик, выполненный на базе полупроводникового диода, контролирует ее на протяжении всего времени работы. Количество и частота подачи лекарственного препарата за время процедуры, также задаются в начале работы сенсорным способом на панели блока управления. Кроме того, задается общее время работы и время задержки, позволяющее осуществить гипертермическую обработку полости носа воздухом с заданной температурой с последующей подачей необходимого для лечения данного заболевания лекарственного вещества.

Разработанный нами прибор соответствует современным техническим требованиям

и благодаря широкому диапазону регулирования основных параметров направлен на повышение эффективности процесса лечения острых и хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух путем воздействия на слизистую оболочку терморегулируемой мелкодисперсной смесью лекарственного вещества.

**Л.Е.Пономарев**

## **ФОТОМЕТРИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО НЕКОГЕРЕНТНОГО КРАСНОГО СВЕТА ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ**

**Кубанская государственная медицинская академия (Краснодар)**

Излучение гелий — неоновой лазера, хорошо изученного в медицине, имеет небольшую проникающую способность — до 1—2 см (В.Е.Илларионов, 1992). Это связано с невысокой энергетической мощностью и спектральной характеристикой этого типа лазеров. Несколько увеличить глубину проникновения такого излучения можно надавливанием торца световода на биологическую ткань (Г.А.Асакарьян, 1982; Е.Б.Аникина и соавт., 1992). Низкоинтенсивный некогерентный красный свет (ННКС), применяемый в лечении ряда заболеваний (В.Ф.Новиков, 1984; Л.Е.Пономарев, А.Н.Зинкин, 1989), выгодно отличается в этом отношении. ННКС обладает более высокой плотностью потока мощности (ППМ), в нашем аппарате — до 280 мВт/см<sup>2</sup>, и широкую спектральную зону (600—850 нм), включающую и ближний инфракрасный (ИК) диапазон. ИК — излучение проникает в ткани на глубину до 5—7 см.

В данной работе мы провели фотометрию ННКС во время чрезкожного облучения околоносовых пазух. Кроме того, нами исследовано распределение в энергии указанного вида излучения при воздействии его на небные миндалины. В настоящее время для фотовоздействия на слизистую оболочку околоносовых пазух моноволоконный световод с закрепленной на его торце рассеивающей линзой проводят через пункционную иглу или катетер. ППМ гелий — неоновой лазера на выходе из световода при этом колеблется от 5 до 25 мВт/см<sup>2</sup>. Если соотнести ее со средней площадью поверхности слизистой оболочки верхне-челюстной (средний объем 12 см<sup>3</sup>) и лобной (средний объем 3 — 5 см<sup>3</sup>) пазух (Б.С.Преображенский, 1959), то ППМ на их слизистой оболочке составит 0,3—1,5 мВт/см<sup>2</sup> и 0,5—2,7 мВт/см<sup>2</sup> соответственно.

Подведение излучения к слизистой оболочке пазух сопряжено с рядом технических трудностей, особенно у детей. Учитывая то, что ННКС глубже проникает в ткани, за счет более высокой энергетической мощности и своей ИК — составляющей, была произведена биофотометрия ННКС на слизистой оболочке лобной и верхнечелюстной пазух от световода, установленного на коже их передних стенок, ППМ = 150 мВт/см<sup>2</sup>. Фотоэлектрический преобразователь (ФЭП) помещался на слизистую оболочку задней стенки лобной пазухи и верхнечелюстной пазухи. ФЭП фиксировал световой поток с ППМ, равный 10—15 мВт/см<sup>2</sup> в лобной и 8—10 мВт/см<sup>2</sup> в верхнечелюстной пазухе. Данная энергия светового потока вполне достаточна для осуществления фотобиологических реакций в слизистой оболочке облучаемых пазух.

Биофотометрия ННКС при облучении небных миндалин осуществлялась двумя способами. В первом случае ННКС подавался на глоточную поверхность небных миндалин с ППМ на выходе световода 50 мВт/см<sup>2</sup>, а ФЭП устанавливался в проекции небных миндалин в зачелюстной области. Во втором случае ФЭП и световод менялись местами. Результаты фотометрии в первом и во втором случаях были примерно

одинаковыми и составляли  $0,5—160 \text{ мВт/см}^2$ . В толще миндалины и окружающих ее тканях световая энергия ННКС распределяется по полусфере с энергетическим максимумом в точке выхода излучения. Радиус сферы находился в прямо пропорциональной зависимости от мощности светового потока.

Чрезкожное облучение околоносовых пазух ННКС по световоду, установленному на их передней стенке, достаточно для эффективной фототерапии. Это особенно важно в педиатрии, так как отпадает необходимость в проведении сложных и болезненных манипуляций. Проведенное исследование по биофотометрии ННКС позволяет утверждать, что последний имеет глубину проникновения, достаточную для проведения фототерапии околоносовых пазух и небных миндалин. При фототерапии небных миндалин происходит облучение сосудов окружающих тканей миндалины, что улучшает их микроциркуляцию.

**С.М.Пухлик**

## **НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА**

**Кафедра ОРЛ ФУВ Одесского государственного медицинского университета**

В последнее десятилетие отмечается рост распространенности вазомоторного ринита (ВР). В различных регионах и профессиональных группах число больных ВР достигает 25%, и в настоящее время это заболевание относится к числу наиболее распространенных в экономически развитых государствах. ВР относится к мультифакторным заболеваниям, поэтому важно изучение роли эндогенных факторов, особенно наследственных, в генезе ВР. Это имеет значение для дальнейшего лечения, прогнозирования тяжести течения заболевания и возможных осложнений, а также для его профилактики и трудоустройства больных.

Анализ наследственной предрасположенности предполагал посиндромную оценку заболеваний, перенесенных ближайшими кровными родственниками по горизонтали и в двух поколениях по вертикали. Кроме того, исследование предусматривало изучение информативности детерминированных эритроцитарных антигенов систем АВО и Rh — фактора в качестве маркеров риска развития заболевания. Для выделенных контингентов риска предусматривалось также типирование лейкоцитарных антигенов системы HLA.

При обследовании 350 больных ВР установлено, что при аллергической форме заболевания у 55,9% пациентов отмечалась наследственная отягощенность в первом поколении, а у 26,3% — в 0 поколении. Наиболее редко упоминалось 2 поколение (17,8%). Важно отметить, что отягощенная наследственность чаще отмечалась по линии матери во всех изученных поколениях. Изучение распространенности эритроцитарных антигенов показало, что среди больных аллергической формой ВР наблюдается существенное ( $p < 0,05$ ) накопление А(П) антигена. Выявлено достоверное накопление Rh(+) антигена и снижение частоты Rh(—) антигена. При анализе двухкомпонентных ассоциативных антигенных систем отмечено значительное накопление ассоциаций А(Н) и Rh(+ ) антигенов. Эта ассоциация может служить маркером относительного риска развития аллергической формы ВР и приводить к развитию полипозных изменений слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

Среди больных ВР наблюдается достоверное накопление антигенов HLA —А9 и HLA —А10 локуса А, а среди антигенов локуса В — антигенов HLA—В8. Эти антигены можно использовать в качестве маркеров относительного риска развития ВР. Выявлено значительное снижение носительства антигенов HLA—А25, что может служить маркером резистентности к заболеванию ВР. Более подробный анализ позволил установить, что

при нейровегетативной форме ВР отмечается существенное накопление только антигена HLA-A9, а при аллергической форме - HLA-A10, HLA-A25, HLA-B7, HLA-B8 и HLA — B21. Анализ возможных внутри— и межлокусных ассоциаций локусов HLA—A и HLA—B позволил выявить повышение частоты носительства гаплотипа HLA —A2 —B35 при нейровегетативной форме ВР и HLA—A11 — B8 при аллергической форме. Указанные особенности распределения эритроцитарных и лейкоцитарных антигенов имеют важное практическое значение не только для уточнения уровней риска возникновения заболевания, но и для дифференциальной диагностики различных форм ВР.

**С.П.Разиньков, Ф.Н.Завьялов**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПОЛИПОЗНОГО СИНУСИТА**

**Кафедра ОРЛ Курского государственного медицинского университета**

В настоящее время одной из сложнейших проблем клинической ринологии является лечение больных с полипозными синуситами. Применяемые в практике хирургические методы санации (полипотомия, радикальные операции на околоносовых пазухах) и существующие консервативные способы (специфическая и неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия, применение противовоспалительных средств, антибиотиков, гормонов) часто не дают стойкого лечебного эффекта.

В отечественной литературе отсутствуют сообщения, анализирующие опыт использования эндоназальных функциональных операций при хронических полипозных синуситах в сочетании с проведением в послеоперационном периоде местной магнитолазеротерапии. Мы проанализировали результаты лечения у 35 больных с полипозным процессом в различных околоносовых пазухах в возрасте от 20 до 60 лет. Для эндоназальных функциональных операций и последующей магнитолазеротерапии подбирались больные, ранее не подвергавшиеся хирургическому лечению.

Объем хирургического вмешательства определялся особенностями и распространенностью патологического процесса и включал полипотомию носа, вскрытие передних и задних пазух решетчатой кости, фенестрацию верхнечелюстной пазухи, вскрытие лобного кармана и сфеноидотомию. В послеоперационном периоде больным после удаления тампонов из носа проводилась магнитолазеротерапия с помощью аппарата «Узор» с длиной волны 0,89 мкм. Методика лечения заключалась в том, что сначала на скаты носа накладывали постоянный магнит индукцией в 50 мГл, а в каждую половину носа вводили световод. Облучались рефлексогенные зоны в области передних концов нижних и средних носовых раковин. До операции и после окончания лечения всем больным проводилось иммунологическое обследование.

Установлено значительное улучшение клинических проявлений после курса магнитолазеротерапии, которые сочетались с положительной динамикой иммунологических показателей, характеризующих в основном функциональное состояние тимус — зависимого звена иммунной системы. Полученные данные позволяют считать, что полипозный синусит следует рассматривать как иммунный процесс, поэтому мы предлагаем после эндоскопического вмешательства на околоносовых пазухах назначать больным магнитолазеротерапию. В возникновении данной патологии играет роль вялотекущее воспаление в решетчатой кости, приводящее к изменению антигенной структуры слизистой оболочки на фоне сниженной местной иммунологической

реактивности организма.

**С.П.Разиньков, А.Н.Литовка, Е.И.Лыкова**

## **МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОХРАННОСТИ ХРЯЩА. ДЛИТЕЛЬНО КОНСЕРВИРОВАННОГО В ПЧЕЛИНОМ МЕДЕ**

**Кафедра ОРЛ Курского государственного медицинского университета**

В настоящее время известно большое количество способов консервации хряща, среди которых широкое использование получили способ замораживания при низких температурах и лиофилизации. Недостатком этих методов является использование сложной, дорогостоящей и малодоступной аппаратуры. В качестве консерванта хряща носовой перегородки мы предлагаем использовать натуральный пчелиный мед. Этот способ прост, удобен, широкодоступен и не требует сложного оборудования. Использование меда в качестве консерванта обусловлено его химическим составом, бактерицидными и лечебными свойствами (Д.Г.Гагдин, С.Д.Алиев, 1973; А.Б.Аланин, 1985). В меде содержатся до 455 различных жизненно необходимых для человека веществ, в том числе белки, витамины, ферменты, органические кислоты, препятствующие развитию микрофлоры, фитонциды, биологически активные вещества, минеральные соли. При этом важно отметить, что многие микроэлементы находятся в меде в такой же концентрации и в таких же соотношениях друг с другом, как в крови человека (Н.П.Йориш, 1976).

Заготовка хряща для консервации осуществлялась во время выполнения подслизистой резекции носовой перегородки. Удаленные в процессе операции кусочки хрящевой ткани отмывались от крови в физиологическом растворе в течение 5 минут, после чего погружались в стеклянный стерильный флакон с пчелиным медом, плотно закрывались и хранились в холодильнике при температуре +4°C.

С целью выявления степени сохранности морфологической структуры хряща, консервированного в пчелином меде, нами было проведено гистологическое исследование хрящевой ткани через 5, 10, 20, 30, 60 суток и через 1 год. Срезы толщиной 10—15 мкм готовились на замораживающем микротоме и окрашивались гематоксилином — эозином. Исследование морфологической структуры хряща, консервированного в натуральном пчелином меде, показало, что на протяжении 30 суток структура хряща не менялась. Основное вещество равномерно воспринимало окраску, было слабо базофильным. Хрящевые клетки четко контурировались, располагались изолированными группами. Ядра и протоплазма равномерно воспринимали окраску.

Нами исследовалась морфология хряща носовой перегородки, хранившегося в натуральном пчелином меде при температуре 4°C в течение года. В ходе проведенного исследования было доказано, что структура хряща, консервированного в пчелином меде, на 360 сутки соответствовала строению нормального хряща. Таким образом, проведенное гистологическое исследование свидетельствует о том, что в течение года хрящ, консервированный в натуральном пчелином меде, не подвергается деструкции и сохраняет его биологические и морфологические свойства. Это позволяет использовать мед в качестве консерванта для создания «банка» трансплантатов при выполнении пластических операций.

**В.И.Родин (Донецк, Украина)**

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ**

Работа в угольной шахте связана с рядом производственных вредностей, среди которых следует отметить повышенную концентрацию угольной пыли, наличие токсических газов, таких как окись углерода, окись азота и других, а также высокую температуру воздуха и влажность. В полости носа оседает значительное количество угольной и породной пыли, что задерживает возможное развитие пылевых заболеваний нижних дыхательных путей у шахтеров.

При обследовании значительного числа шахтеров было установлено, что функциональное состояние носа и его защитная функция могут нарушаться в зависимости от условий работы в шахте и стажа работы. У шахтеров со стажем работы до пяти лет преобладают хронические катаральные риниты (31%), а у шахтеров со стажем работы десять лет и более — субатрофические и атрофические риниты (21%). При таких изменениях воздух свободно, без фильтрации в носу, проходит через широкие носовые ходы. В связи с этим угроза запыления легких возрастает.

При изучении функционального состояния носа уделялось внимание степени нарушения проходимости носа для воздуха. У 14,5% обследованных шахтеров отмечены деформации носовой перегородки. У части из них были проведены необходимые операции, восстановившие носовое дыхание. У лиц с большим стажем работы существенно нарушается функция мерцательного эпителия носа, снижается рефлекторная возбудимость слизистой оболочки, что служит показателем нарушения защитной функции носа.

С целью профилактики функциональных нарушений носа у шахтеров применялись ингаляционные процедуры, проводимые в ингаляториях при угольных шахтах. Назначались щелочные или щелочно — масляные ингаляции, ингаляции щелочной минеральной воды или морской воды. Такое лечение способствовало сохранению нормального состояния слизистой оболочки носа у шахтеров. Ингаляции назначались курсами, после работы. Положительное влияние ингаляционных процедур на состояние носа у горнорабочих позволяет рекомендовать их для широкого применения.

**Н.К.Санжаровская**

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ФРОНТИТОМ ТРЕПАНОПУНКЦИЕЙ**

**Волгоградская государственная медицинская академия**

Лечение острых фронтитов является одним из важных вопросов ринологии, так как удельный вес их среди синуситов значителен. В своей практике мы широко пользуемся трепанопункцией (Т) для диагностики и лечения острых фронтитов. Показаниями к Т мы считаем: неэффективность консервативного лечения, уточнение диагноза фронтита и его клинической формы, выраженность болевого синдрома в области проекции лобной пазухи на фоне проводимой консервативной терапии. Перед Т больному необходимо произвести рентгенографию околоносовых пазух в двух проекциях, чтобы знать форму и глубину, а также состояние задней стенки пазухи. Для Т мы пользуемся специальными канюлями из нержавеющей стали, которые представляют собой Т —образные трубки различной длины и формы диаметром 0,5 см. По бокам

канюли имеют отверстия для лучшего вымывания патологического содержимого. На «ушках» канюля имеет отверстия, через которые ее можно фиксировать к коже швами.

Т лобной пазухи выполняется в положении больного лежа на спине под местной анестезией. Вкол иглы производят у внутреннего края брови, затем делают разрез кожи длиной 1 см до кости. Мягкие ткани отсепааровывают распатором и разводят малыми крючками. Обнажают кость передней стенки лобной пазухи, вскрывают последнюю долотом и накладывают отверстие диаметром 0,7 см. После удаления кости становится ясным, имеется ли в пазухе патологическое содержимое. Затем пуговчатым зондом пальпируют все стенки лобной пазухи, отмечая ее емкость, глубину и состояние слизистой оболочки. Отделяемое удаляют отсосом.

Пазуху промывают дезинфицирующими растворами (фурацилин или поликатан в разведении 1:40). Если имелось гнойное содержимое в лобной пазухе, то для промывания и введения лекарственных веществ в наложенное отверстие вводят канюлю, которая не должна касаться задней стенки. Обязательна фиксация канюли шелковыми нитями через отверстия в «ушках». Фиксированная таким образом канюля никогда не выпадает из пазухи. Через канюлю ежедневно производят промывание пазухи до чистых промывных вод и введение лекарственных смесей.

Мы предпочитаем вскрывать лобную пазуху долотом. Преимущества этой методики в том, что врач может соизмерять силу удара молотком, что позволяет избежать ранения задней стенки пазухи в результате случайного соскальзывания инструмента. С использованием данного метода пролечено 78 больных. Положительный результат получен у 75 (96%). Только у трех больных не было положительного эффекта, несмотря на проводимое лечение. Этим больным произведена фронтотомия с благоприятным исходом.

Таким образом, Т эффективна в лечении фронтитов и дает высокий процент положительных результатов. Т может быть выполнена даже начинающими специалистами в условиях ЛОР стационара и легко переносится пациентами.

**И.Б.Солдатов, Н.С.Храппо, Н.В.Тарасова**

## **ЗНАЧЕНИЕ КРАНИОМЕТРИИ ПОЛОСТИ НОСА ДЛЯ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Кафедра ОРЛ Самарского государственного медицинского университета**

Развитие эндоназальной хирургии требует от хирурга точных знаний объективных параметров различных структур полости носа. Нами было предпринято клинико — анатомическое исследование полости носа, первым этапом которого стало детальное изучение костного скелета полости носа. Исследования проводились в краниологическом музее кафедры нормальной анатомии Военно — медицинской академии. Всего для изучения было взято 50 мацерированных черепов. Измерения проводились по специально составленной программе, в которую, кроме стандартных общепринятых в краниологии показателей, вошли 80 нестандартных, вновь предложенных критериев. Это дало возможность изучать полость носа систематизировано и детально. Были сконструированы инструменты для измерения хрупких труднодоступных образований полости носа. Таким образом, полость носа измерялась в трех плоскостях на трех уровнях.

Впервые произведены измерения ширины полости носа на уровне верхнего, среднего и нижнего носовых ходов. Оказалось, что полость носа колбообразно расширяется спереди назад: в начале нижнего носового хода ширина полости носа равна 8,5—15,5 мм, в начале среднего носового хода — 6,5—14,5 мм, в начале верхнего - 2-3,5 мм. Ширина



полости носа на этих трех уровнях в конце полости носа соответственно следующая: 12,3—15,7 мм, 12—15,7 мм и 4—14 мм. Измерения показали, что на уровне середины носовых ходов ширина полости носа максимальна — до 19 мм. Высота носовых ходов максимальна там, где ширина носового хода наибольшая. Это играет определенную роль в процессах аэродинамики при дыхании и воздухообмене в околоносовых пазухах. Длина полости носа между хормионом и ринионом колеблется от 63 до 89 мм. Длина полости носа по дну нижнего носового хода — 41—61 мм. Высота полости носа у входа в нее равна 41—54 мм, а в задних отделах составляет 35 — 49 мм.

При изучении размеров выводных отверстий околоносовых пазух было измерено расстояние от дна полости носа до нижнего края выводного отверстия верхнечелюстной пазухи, оно оказалось равным 17 — 27 мм. Расстояние от назолатеральной точки до переднего края выводного отверстия составляет 25—36 мм.

Проводимые краниометрические исследования полости носа призваны выявить корреляцию между отдельными размерами полости носа и лицевого скелета, что позволит по простым измерениям лица и носа ориентироваться в выборе рационального хирургического подхода к различным образованиям полости носа и околоносовых пазух и правильно определиться в объеме вмешательства на них. В ходе хирургического вмешательства создается новая форма полости носа, и задача ринохирурга — сделать эту модель наиболее физиологичной.

У.Тёлльнер

## **ОСТРЫЙ ЭПИГЛОТТИТ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

**Отделение педиатрии клиники г. Фулда (Германия)**

Острый эпиглоттит (ОЭ) — это тяжелое острое флегмонозное бактериальное воспаление надгортанника и тканей гортаноглотки. Более чем в 90% случаев он вызывается штаммами *Haemophilus B*. У детей младшего возраста с высокой температурой, тяжелым общим состоянием и признаками септицемии ОЭ проявляется следующими основными симптомами: слюнотечением, дисфагией, дистрессом, инспираторной одышкой и голосом типа «горячей картошки».

Ребенок с подозрением на ОЭ должен быть немедленно доставлен в клинику, где имеются отделение интенсивной терапии и опытный квалифицированный персонал. Клинические проявления прогрессируют очень быстро. В течение нескольких часов состояние ребенка может стать крайне тяжелым, и без оказания специализированной помощи 50% больных погибают. Независимо от условий, фаринго — и ларингоскопия или интубация должны быть выполнены еще до того, как ребенок доставлен в клинику. Вентиляция легких при помощи дыхательного мешка возможна в большинстве случаев при оказании ургентной помощи. Срочная трахеостомия в негоспитальных условиях — очень опасная процедура.

Обследование ребенка с ОЭ должно выполняться опытным врачом, поскольку эта процедура может нести в себе серьезную опасность. Она должна выполняться в операционной или в палате интенсивной терапии. Мы предпочитаем назотрахеальную интубацию тонкой пластиковой трубкой под общей анестезией или в условиях глубокой седации. В случае необходимости ребенок остается под усиленным наблюдением и получает большие дозы ампициллина внутривенно. В большинстве случаев экстубация становится возможной на 2 — 3 сутки заболевания.

С 1990 года в Германии, начиная с трехлетнего возраста, проводится вакцинация

детей против Haemophilus influenza B. Такая вакцинация может снизить заболеваемость ОЭ практически до нуля.

**Р.К.Тулбаев, С.А.Оспанова, А.Р.Избасаров, О.Ж.Искендерова**  
**ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ**  
**СИНУС-КАТЕТЕРА «ЯМИК»**

**Кафедра ОРЛ Шымкентского государственного медицинского института**  
**(Казахстан)**

Больные с гнойно — воспалительными заболеваниями ЛОР органов составляют 50—70% от общего числа госпитализируемых в оториноларингологические отделения. Среди них часто встречающейся формой являются острые гнойно—воспалительные заболевания околоносовых пазух, несмотря на широкий арсенал антибактериальных средств и применение различных методов консервативного и хирургического лечения (Д.Ю.Миронов, А.А.Миронов, 1991).

Известно, что нормальная микрофлора полости носа может быть представлена несколькими микроорганизмами. При активации нормальной микрофлоры полости носа даже незначительный отек слизистой оболочки среднего и верхнего носовых ходов ведут к частичной или полной обтурации выводных отверстий околоносовых пазух. Это приводит к нарушению аэрации, и в замкнутых полостях возникают условия для развития воспалительного процесса.

Для успешного этиотропного лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух применяют антибиотикотерапию. Важным моментом в ее проведении является выбор оптимального пути «доставки» антибиотика к очагу гнойного воспаления. Традиционные методы назначения антибиотиков, такие как пероральный, внутримышечный, внутривенный и внутриартериальный, не обеспечивают достаточной продолжительности действия препарата при однократном введении. Широко распространенный в клинической оториноларингологии пункционный метод — довольно травматичная манипуляция.

С 1993 года мы используем опыт ЛОР клиники Ярославской медицинской академии, применяя в комплексном лечении воспалительных заболеваний околоносовых пазух синус — катетер «ЯМИК». Всего произведено 78 катетеризации (67 у взрослых и 11 у детей). По нозологическим формам больные распределялись следующим образом: острый пансинусит выявлен у 5, острый гайморит — у 10, острый фронтит — у 39, острый этмоидит — у 7, хронический гнойный гайморит — у 16 человек. За счет создания в околоносовых пазухах контролируемого отрицательного давления мы удаляли воспалительный экссудат из пазухи. Для избежания болевой реакции голову больного наклоняли в сторону, противоположную воспаленным пазухам. Синус — катетером в пазухи вводили антибактериальные препараты широкого спектра действия. Дополнительно больные получали внутримышечно такие антибиотики, как пенициллин, ампициллин, микромицин, сизомицин, рефзол, клафоран и т.д., в зависимости от чувствительности микрофлоры, а также сосудосуживающие средства (эфедрин, галазолин, санорин) и физиолечение (УВЧ, УФО, магнитотерапию, лазерное облучение).

Уже после первой процедуры больные отмечали улучшение общего состояния, что заключалось в ослаблении головной боли и боли в области проекции пазух, улучшении носового дыхания, уменьшении количества патологического отделяемого из носа, улучшении обоняния, снижении температуры тела. После первого курса лечения

синус — катетером ЯМИК больные, охотно соглашались на проведение повторных процедур. Каких—либо осложнений мы не наблюдали. Применение синус — катетера «ЯМИК» в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний околоносовых пазух позволяет атравматично эвакуировать воспалительный экссудат, целенаправленно вводить антибактериальные препараты, создает условия для скорейшей санации воспалительного очага и, сокращает сроки лечения в среднем на 6 дней.

**В.С.Ушаков, А.Н.Красноумов**  
**О ПРОБЛЕМАХ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ**  
**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСА И**  
**ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

**Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи. Санкт-Петербургская онкологическая больница N8**

Проблема ранней диагностики и адекватного лечения больных злокачественными опухолями носа и околоносовых пазух остается на сегодняшний день нерешенной. В России ежегодно выявляется около 1600 пациентов с впервые выявленными подобными опухолями, эта цифра в Санкт — Петербурге составляет 45 — 50 человек. Из этого числа больных 96% поступают для лечения в далеко запущенных стадиях болезни.

Проведенный анализ показывает, что причинами сложившейся ситуации являются:

1. Неспецифичность ранних симптомов заболевания;
2. Недостаточное знание данной патологии ЛОР —врачами общей лечебной сети;
3. Низкий уровень оснащенности поликлиник и стационаров диагностическим оборудованием;
4. Трудности в морфологической верификации диагноза.

Проведен анализ 136 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ЛОР — онкологическом отделении с 1989 по 1993 год. Около 40% из них составили женщины (48 больных). Наиболее часто поразились полость носа (43%) и верхнечелюстная пазуха (42,3%). Практически все больные поступили для лечения с распространенными опухолевыми процессами (III стадия — у 37%, IV стадия — 60,8%), что значительно снижало возможность проведения радикальных программ лечения. Тем не менее, основным видом лечения являлось комбинированное, где первым этапом была лучевая терапия. Облучение проводилось по радикальной программе, очаговая доза составляла 66-65 Гр.

Последующие хирургические вмешательства носили расширенный характер: от радикальных операций на полости носа и околоносовых пазухах до резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты и боковых стенок глотки. Удаление клетчатки шеи производится только при наличии пальпируемых узлов или в случае их обнаружения при ультразвуковом исследовании. Из общего числа больных радикальному лечению подверглось 82 пациента (62,3%), остальным 48 (37,7%) проводилось только паллиативное лечение (лучевое или химиотерапевтическое).

Результаты лечения оценивались по частоте возникновения рецидивов и выживаемости больных. В процессе изучения ближайших результатов (в сроки до 1 года) рецидивы возникли у 15 пациентов (18,5%). Процент трехлетней выживаемости составил 39,2%. В заключение можно сказать, что при лечении больных злокачественными опухолями носа и околоносовых пазух III и IV стадии использование различных видов

комбинированного лечения незначительно увеличивает продолжительность жизни. Выявление ранних стадий заболевания возможно только при широком использовании компьютерной и ядерно—магнитной томографии, а также эндоскопии полости носа и носоглотки. Это позволило бы увеличить возможность проведения радикального лечения и продлить жизнь больных.

**А.А. Фаянс, Б.М.Цецарский, В.И.Кошель, Н.В.Махлиновская, Д.Э.Манукян**  
**К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ**  
**ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ**

**Клиника ОРЛ Ставропольской государственной медицинской академии**

Одной из актуальных проблем оториноларингологии является повышение эффективности лечения больных рецидивирующими полипозными риносинуситами (РПРС). Это обусловлено высоким процентом рецидивов заболевания в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Сорбент АУТ —М2 имеет высокую сорбиционную ёмкость, высокий уровень адгезии микроорганизмов, обладает способностью сорбции токсических продуктов воспаления и биологически активных веществ, кровоостанавливающим и дегидратационным действием. Энтеросорбент марки ФЕН предотвращает и ослабляет токсико — аллергические реакции, снижает метаболическую нагрузку на органы экскреции и детоксикации, корригирует обменные процессы и иммунный статус. Внутрисосудистое лазерное облучение крови оказывает центральное стресс— протекторное действие, вызывает торможение перекисного окисления липидов, улучшает морфофункциональные свойства крови, корригирует протекторные механизмы, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию. Описанные лечебные эффекты послужили основанием для применения данных методов в противорецидивном лечении больных полипозным риносинуситом.

Нами предложен комплексный метод лечения больных РПРС, включающий применение внутрисосудистого лазерного облучения крови, местное применение углеродного аппликационного сорбента марки АУТ — М2 и энтеросорбента марки ФЕН. Клинические наблюдения основаны на данных обследования и лечения 98 больных РПРС в возрасте от 17 до 69 лет. У 74 больных выявлен полипозный этмоидит, у 24 — его комбинация с гайморитом. Контрольную группу составили 40 человек, пролеченных преимущественно хирургическими методами.

На первом этапе производилось щадящее хирургическое вмешательство, заключающееся в санирующих операциях на пораженных околоносовых пазухах. В послеоперационном периоде осуществляли Внутрисосудистое облучение крови следующим образом: в асептических условиях пунктировали периферическую вену, через иглу вводили дистальный конец моноволоконного световода типа «кварц— полимер» диаметром 0,3 — 0,6 мм на глубину 2—3 см по ходу вены, после чего иглу извлекали, а световод фиксировали на коже во избежание дислокации. Мощность на выходе световода составляла 1 мВт/см, время экспозиции — от 30 до 60 минут. Использовали терапевтическую лазерную установку с длиной волны 0,63 мкм, типа ЛТПМ —01. В полость носа на 25—30 минут вводили турунды, приготовленные из углеродных сорбентов марки АУТ—М2 длиной от 6 до 8 см, предварительно смоченные в физиологическом растворе, одновременно больным назначали энтеросорбент ФЕН, из расчета 0,5 г/кг через 1,5 часа после еды один раз в сутки. Курсы лечения проводили в

первые 7—10 дней после операции и через шесть месяцев после нее.

Эффективность лечения оценивали по клиническим данным, а также по результатам бактериологических, цитологических, функциональных, иммунологических и вегетативных тестов. Через год рецидив заболевания в основной группе наблюдали у 5 пациентов, в контрольной — у 6. Таким образом, предлагаемый лечебный метод может быть рекомендован к внедрению в практику ЛОР стационаров и поликлиник.

**Н.В.Хоботова, В.С.Зайцев, В.В.Березнюк, А.Л.Сквирская, Л. А. Чигрина**  
**ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО**  
**ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ**  
**БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ**  
**РИНОСИНУСИТОМ**

**Кафедра ОРЛ Днепропетровской государственной медицинской академии**  
**(Украина)**

Лечение больных хроническим полипозным риносинуситом остается одной из актуальных проблем современной ринологии, обуславливающей продолжение поиска более эффективных методов. Среди них в последние годы большое внимание уделяется использованию низкоэнергетического лазерного излучения.

Нами проведен сравнительный анализ эффективности различных методов лечения у 120 больных хроническим полипозным риносинуситом в возрасте от 17 до 68 лет. Клиническая картина характеризовалась выраженным полипозом носа с поражением одной или нескольких околоносовых пазух, стойким нарушением носового дыхания и расстройством обоняния. Полипотомия носа ранее производилась 46 больным, у 24 пациентов выполнялось вскрытие клеток решетчатого лабиринта, а у 9 — верхнечелюстных пазух.

В зависимости от применявшегося метода лечения все больные были разделены на 4 группы, по 30 пациентов в каждой. В первой группе больных лечебные мероприятия включали удаление полипов из носовых ходов, вскрытие пораженных пазух с последующим проведением курса противовоспалительной и гипосенсибилизирующей терапии. Во второй группе дополнительно применялись криоэкстракция остатков полипов и криовоздействие на слизистую оболочку носа. В третьей группе после хирургического вмешательства производилось воздействие на слизистую оболочку носа гелий—неоновым лазером (7—10 сеансов), а в четвертой дополнительно назначался курс лазеропунктуры на корпоральные точки.

Оценка эффективности лечения проводилась с учетом общего самочувствия больных, риноскопической картины, состояния дыхательной и обонятельной функций. Наряду с этим изучались цитограммы слизистой оболочки носа, а также состояние показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ). Выбор последней методики был обусловлен тем, что полипозные риносинуситы сопровождаясь выраженной гипоксией тканей, вызывают активацию ПОЛ (И.В.Сквирская, 1992), а динамика этого показателя в ходе проводимого лечения может служить объективным критерием оценки эффективности того или иного метода.

Наблюдавшиеся в послеоперационном периоде реактивные явления со стороны слизистой оболочки носа имели тенденцию к постепенному исчезновению. Наиболее заметной эта тенденция была в группе пациентов, которым проводилось эндоназальное

лазерное облучение, особенно сочетающееся с лазеропунктурой. В этих же группах больных уже в ранние сроки (3 — 4 день) отмечалось восстановление дыхания, а иногда и обоняния, наблюдалась нормализация клеточного состава в цитogramмах. Динамика показателей ПОЛ характеризовалась достоверным снижением их активности во всех группах, однако наиболее заметной она была у пациентов, получивших сеансы лазерной терапии и лазеропунктуры, причем эта тенденция четко прослеживалась у них и через 4 — 6 месяцев после окончания курса лечения, сочетаясь с клиническим улучшением.

Таким образом, низкоэнергетическое лазерное излучение повышает эффективность комплексной терапии полипозных риносинуситов, что обосновывает целесообразность более широкого его использования в клинической практике.

## **Б.М.Цецарский, Д.Э.Манукян, АА.Фаянс, В.И.Кошель, Н.В.Махлиновская СОРБЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ РИНОСИНУСИТОВ**

### **Клиника ОРЛ Ставропольской государственной медицинской академии**

Выбор метода лечения больных хроническими риносинуситами, несомненно, зависит от клинической формы заболевания. В последние годы многие оториноларингологи (Д.И.Тарасов, 1965; Д.И.Заболотный и соавт., 1985; Б.М.Цецарский и соавт., 1993; R.Ranteren, 1975) отмечают возрастающую роль стафилококков в этиологии заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

Диагноз стафилококкового риносинусита установлен нами у 105 больных, возраст которых колебался от 15 до 60 лет. У каждого больного до лечения и через 6 месяцев после него исследовались скорость мукоцилиарного транспорта, цитологическая картина слизистой полости носа, измерялась температура слизистой оболочки и кислотность носовой слизи, проводились иммунологические тесты.

Поиск новых средств воздействия на стафилококковые заболевания полости носа обусловил применение в клинике ЛОР болезней Ставропольской государственной медицинской академии угольного сорбента АУТ—М2, листового волокнистого сорбента в виде турунд (ЛВС) и жидкого сорбента ПВС (поливиниловый спирт) для лечения стафилококковых риносинуситов. Первые два сорбента применялись в виде носовых турунд, а поливиниловый спирт — в виде раствора для введения в околоносовые пазухи. С третьего дня применяли терапевтическое лазерное излучение с длиной волны 0,6328 мкм и мощностью на выходе световода 10 мВт, время экспозиции — 60 сек. Количество сеансов — 8. Через 30 минут после воздействия лазера осуществляли инсталляцию 1 мл официального раствора левамизола производства фирмы «Фармахим».

Выявленное у всех больных до лечения снижение скорости мукоцилиарного транспорта у 73 (69,5%) носило грубый характер, так как превышало 25 мин. Средняя температура слизистой оболочки полости носа составила  $34,4 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ), а кислотность носовой слизи — в среднем  $6,88 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ). Анализ данных иммунологического обследования свидетельствовал о том, что у больных стафилококковыми риносинуситами выявлено повышение содержания IgG, тогда как уровень IgA и IgM не имел существенных отличий от показателей нормы. При анализе показателей клеточного иммунитета выявлено снижение популяции Т—лимфоцитов, при нормальном содержании В — клеток, увеличение числа АУ—РОК и О —клеток.

При обследовании через 6 месяцев у 86 (81,9%) пациентов мы констатировали клиническое выздоровление, а у остальных больных — заметное улучшение состояния.

Время мукоцилиарного транспорта у всех обследованных составило менее 15 минут, температура слизистой оболочки полости носа снизилась на 1°C, по кислотности носовой слизи достоверных отличий от результатов полученных до лечения не было получено. Если до лечения содержание IgG составляло в среднем  $121,5 \pm 1,3$ , то после лечения этот показатель составил  $98,2 \pm 2,3$  ( $p < 0,1$ ), приближались к показателям донорской крови содержание Т-лимфоцитов, О- и ауторозеткообразующих клеток. Таким образом, местное применение сорбционных препаратов АУТ —М2, ЛВС, ПВС, является эффективным средством при стафилококковых поражениях слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.