

Классификация ринитов и синуситов

Р. Г. Анютин, А. М. Корниенко НАШ ВЗГЛЯД НА СОВРЕМЕННУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ РИНИТОВ 7	НОГО КОНСЕНСУСА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РИНИТА 12
Н. А. Арефьева ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ РИНИТА 7	С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ РИНИТА 12
Г. А. Гаджимирзаев НЕКОТОРЫЕ СООБРАЖЕНИЯ ПО ТЕРМИНОЛОГИИ И КЛАССИФИКАЦИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА 8	Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ СИНУСИТОВ 13
В. Т. Жолобов К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ РИНОСИНОСИТОВ 9	Г. М. Портенко КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНОСИТОВ 14
А. А. Ланцов, С. В. Рязанцев К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ РИНИТОВ 9	С. М. Пухлик К ВОПРОСУ ОБ ИДИОПАТИЧЕСКОМ РИНИТЕ 14
С. С. Лиманский ОБОСНОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ СИНУСИТОВ 10	В. И. Садовский, И. Д. Шляга, В. Ф. Мингинович, А. В. Черныш К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ РИНИТОВ 15
А. С. Лопатин О МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РИНИТОВ 10	Ф. В. Семенов КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ 15
Ю. М. Овчинников О КЛАССИФИКАЦИИ РИНИТОВ В СВЕТЕ МЕЖДУНАРОД-	И. Б. Солдатов, Н. С. Храппо, В. А. Щербаков ВАРИАНТ КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛИПОЗНОГО СИНУСИТА 16

Эпидемиология, клиника и диагностика ринитов и синуситов

К. Г. Апостолиди ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ ПРИ НАРУШЕНИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ 17	И. И. Камалов, Х. А. Апиметов, А. И. Сабилов СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ 22
Н. И. Баранова, С. С. Лиманский, Н. К. Починина РЕАКТИВНОСТЬ Т-ЛИМФОЦИТОВ В ТЕКСТЕ Е-РОК У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ 17	И. Ф. Кандауров РЕОРИНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ 22
В. Борзов, В. И. Сахаров ПАРАНАЗАЛЬНЫЕ СИНУСИТЫ У ДЕТЕЙ 18	И. Ф. Кандауров ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ 23
В. Ф. Воронкин АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РИНОСИНОСОПАТИЯ, ВЫЗВАННАЯ ПЫЛЬЦОЙ РИСА- 18	А. С. Киселев, В. В. Бондарук ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ РЕСНИТЧАТЫХ КЛЕТОК МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ НОСА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ 23
Р. Ф. Гатиятуллин, Т. Б. Хайретдинова, Р. М. Файзуллина АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНОСИНОСИТЫ У ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 19	Л. М. Ковалева, М. В. Дроздова, А. В. Полевщиков СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО И СЕКРЕТОРНОГО ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С РИНОСИНОСИТАМИ 24
В. Р. Гофман, В. В. Бондарук ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ЗАДНЕЙ ГРУППЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ 19	С. В. Коренченко, Е. А. Сухачев, И. А. Калашников МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ 25
Л. Л. Державина, В. С. Козлов, С. К. Жуков, А. А. Шиленков СОВРЕМЕННЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА 20	А. П. Кравчук ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И НОСОВОГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННОЙ ПУЛЬСОСПИРОГРАФИИ 26
О. В. Дерюгина, Р. М. Пархимович КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РИНОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЫ МУКОМИКОЗА 20	А. Ю. Кротов МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНОСИТАХ 26
И. П. Енин, Н. А. Сиволова ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ПРИ СЕЗОННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНОСИТАХ (ПОЛЛИНОЗАХ) 21	Р. П. Крымская, Л. Д. Романовская, Е. В. Гресько, Т. Д. Несметная ПРОЗОПАЛГИИ РИНОГЕННОГО И ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 27
Г. П. Захарова СОСТОЯНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНОСИТАХ 21	

П. Н. Машко, Н. А. Арефьева
ИЗУЧЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА 27

К. Д. Миразизов, Н. А. Ташбаев
АНАЭРОБНАЯ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 28

А. П. Петров
ХАРАКТЕР ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ И ЯКУТСКА 28

А. Н. Помухина
ЗРИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КЛИНОВИДНЫХ ПАЗУХ 29

Т. А. Риман, И. А. Швед, П. А. Тимошенко, С. К. Клецкий
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ 30

А. И. Сабириев, Х. А. Алиматов, И. И. Камалов, С. Л. Румянцев
РАДИОНУКЛИДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ 30

В. В. Скоробогатый, В. А. Скоробогатый
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВА ФРОНТИТА В ОПЕРИРОВАННОЙ ПАЗУХЕ И ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ПО вторных заболеваний 31

И. И. Томилов, В. М. Щеголева
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ **Р. К. Тулебаев, Р. И. Розенсон** 31

Розенсон
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНОСИТОВ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ **32**

Е. В. Химичева
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СИНОСИТОВ 32

Н. М. Хмельницкая, С. В. Рязанцев, К. В. Воробьев, Е. В. Тырнова, Л. Л. Клячко
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНОСИТА 33

Е. В. Шабалдина, М. Е. Чуфистов, С. А. Павленко, А. В. Субботин
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В ЛИХОРАДОЧНОМ ПЕРИОДЕ 33

В. В. Шиленкова, Н. Ф. Корочкина
ИССЛЕДОВАНИЕ БАРОФУНКЦИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ 34

М. В. Шилов, В. Ф. Вотяков, А. В. Староха
ЧАСТОТНО-ФАЗОВЫЙ МЕТОД ВИХРЕТОКОВОЙ СИНУСОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНОСИТОВ 34

Консервативное лечение ринитов и синуситов

В. М. Бобров
ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА СТРЕЛЬНИКОВОЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНЫХ ГАЙМОРИТОВ ПОСЛЕ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ КО РОТКИМИ ДРЕНАЖНЫМИ ТРУБКАМИ 35

Р. Г. Гаджимирзаева, А. А. Гамзатова
ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У БОЛЬНЫХ АТОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ 36

А. А. Гамзатова, Г. А. Гаджимирзаев
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ РИНИТОМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ 36

В. Р. Гофман, А. С. Киселев, И. В. Ткачук
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ 36

В. А. Громаков
ГЕЛОМИРТОЛ ФОРТЕ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНОСИТОВ 37

А. О. Гюсан, С. А. Гюсан
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФРОНТИТОВ ВНУТРИПАЗУШНЫМ ЛАЗЕРОФОРЕЗОМ 37

Г. И. Дрынов, Н. А. Геппе, А. В. Карлушкина, И. И. Балаболкин, А. А. Бологое, Н. И. Ильина, М. В. Беда, А. А. Пересецкий
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО АЭРОЗОЛЯ ФЛИКСОНАЗЕ У БОЛЬНЫХ С СЕЗОННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ 38

И. П. Енин, Н. А. Сиволова, В. П. Карпов
ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ СЕЗОННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНОСИТОВ (ПОЛЛИНОЗОВУ) ДЕТЕЙ 39

А. М. Жуковский, Г. Д. Тарасова
ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 39

А. И. Извин
ПРИМЕНЕНИЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ПОЛИПОЗНОГО СИНОСИТА 40

Е. Б. Катинас, Г. В. Лавренова, В. Н. Марченко
К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ ФОРМЫ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА 40

А. С. Лопатин
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО АЭРОЗОЛЯ БЕКЛОМЕТАЗОНА ДИПРОПИОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО СИНОСИТА 41

А. А. Марьяновский
ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ КОМПЛЕКСНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ 41

Т. А. Машкова, Н. А. Никонов, Л. С. Бакулина
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФРОНТИТОВ 42

Н. В. Мишенькин, К. И. Нестерова, В. И. Жоров
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНИТА 43

Н. В. Мишенькин, К. И. Нестерова, В. И. Жоров, И. А. Нестеров
К ВОПРОСУ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПАТОГЕННОМ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВЕ 43

Н. Н. Никонова
ОЗОНОТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ 44

Ф. Ф. Пекли, Г. Д. Тарасова
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭВКАЛИМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАЙМОРИТА У ДЕТЕЙ 44

Л. И. Пономарева
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСПИДИНА И НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ПРОТИ-

Содержание

ВОРЕЦИДИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА	44	Р. К. Тулебаев, С. А. Оспанова, О. Ж. Искендрова ЭНДОЛИМФОДУЛЯРНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ	50
А. Г. Рябинин, И. И. Архангельская, В. А. Рябинин КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ	45	Б. М. Цецарский, В. И. Братусь КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ КИСЛОВОДСКА	51
С. В. Рязанцев ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ	45	С. А. Чemezov, Л. П. Ларионов, Н. Е. Кульминская, Н. И. Щеткина ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УГЛЕКИСЛОТЫХ ЭКСТРАКТОВ НА КРИСТАЛЛИЧЕСКОМ НОСИТЕЛЕ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ РИНОСИНУСИТОВ	51
Н. К. Санжаровская, Г. И. Мельникова ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РУЛИДА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ	46	Б. А. Черняк, И. И. Воржева КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СЕЗОННЫХ РИНИТОВ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ	52
Л. Г. Сватко, Р. У. Батыршин, В. Н. Красножен, Р. В. Латыпов ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ ГАЙМОРОЭТМОИДИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ	47	Б. А. Черняк, Л. А. Горячкина, И. И. Воржева, Н. М. Ненашева РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КРУГЛОГОДИЧНОГО РИНИТА ИНТРАНАЗАЛЬНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОМ ФЛИКСОНАЗЕ	53
Ф. В. Семенов ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО И СУБАТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА ИНГАЛЯЦИЯМИ АНАПСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ "СЕМИГОРСКАЯ"	47	А. А. Шиленков, В. С. Козлов, С. К. Жуков ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МИКРОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ	53
В. П. Ситников, В. П. Воронович, Д. А. Затолока ПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКАЯ ПОВЕРХНОСТНО-СОРБЦИОННАЯ ПЕРФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНАЗАЛЬНЫМИ СИНУСИТАМИ С СИНДРОМОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	48	А. С. Юнусов, Г. Д. Тарасова ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА	54
Т. А. Семенова, А. С. Лопатин ЗАВИСИТ ЛИ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГАЙМОРИТА ИНГАЛЯЦИОННЫМ АНТИБИОТИКОМ "БИОПАРОКС" ОТ СТЕПЕНИ ПРОХОДИМОСТИ СОУСТЬЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ? 48	48	С. А. Юркин МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ	54
И. Б. Солдатов, А. С. Шпигель, Г. К. Пшеницына, Л. Б. Осипов ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА	49	Э. Р. Янборисова, Т. М. Янборисов ВЛИЯНИЕ ПРОБИОБАКТЕРИОФАГА НА МУКОЦИЛИАРНЫЙ КЛИРЕНС ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СИНУСИТОМ	55
С. Л. Трофименко, Ю. Г. Кириченко ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗА НОСА НОВЫМ ТОПИЧЕСКИМ КОРТИКОСТЕРОИДОМ ФЛИКСОНАЗЕ	50		

Хирургическое лечение ринитов и синуситов

Х. А. Апиметов, А. И. Сабиров НАШ ОПЫТ ВНУТРИНОСОВОЙ ХИРУРГИИ	56	Н. В. Мишенькин СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ СИНУСИТОВ	60
Р. Г. Анютин, М. В. Лукьянов, Н. Ю. Гузминова МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ УЛЬТРАКАИНОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТАМИ	56	М. И. Никулин ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА	60
М. П. Ашмарин КОМБИНИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РИНИТОВ	57	В. П. Ситников, П. М. Трясучее, В. С. Куницкий АНАТОМО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КЛИНОВИДНОЙ И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХ 61	61
Т. И. Гаращенко ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ	57	А. М. Талышинский ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ПЕРЕВЯЗКАХ ПОСЛЕ РИНОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ	62
В. С. Козлов ТРАНССЕПТАЛЬНАЯ ФРОНТОТОМИЯ	58	Н. С. Храппо, Н. В. Тарасова ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ КРАНИОМЕТРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА РЕШЕТЧАТОМ ЛАБИРИНТЕ	62
В. Н. Красножен ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	58	М. Е. Чуфистов, С. А. Павленко, В. С. Милиневский, В. М. Чуфистов, В. Н. Безносое К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФРОНТИТОВ	63
В. В. Лонский ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ	59		
А. С. Лопатин ЭТМОХОАНАЛЬНЫЕ ПОЛИПЫ - ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	59		

Наш взгляд на современную классификацию ринитов

Кафедра оториноларингологии
Московского медицинского
стоматологического института

настоящее время изменилось представление о механизме реакций, происходящих в слизистой оболочке полости носа при воздействии на нее различных факторов окружающей среды. Этим и объясняется создание Международной классификации ринитов, предназначенной главным образом для практических врачей. Мы полагаем, что данная классификация недостаточно четко разграничивает отдельные формы ринитов между собой и вызывает определенные трудности при ее использовании. Доминанта аллергии в данной классификации возвращает нас к позициям 70—80-х годов нашего столетия.

Мы предлагаем вариант классификации ринитов, который позволяет различать формы ринитов по генезу, морфологии патологического процесса, и поэтому более удобен в употреблении, а главное, в нем учитываются современные взгляды на механизм реакций, происходящих в слизистой оболочке носовых раковин при различных формах ринита.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Ринит острый

- А) инфекционный: - неспецифический - специфический
- Б) травматический (травмы носа, ожоги, отморожения, другие факторы физического воздействия)
- В) аллергический (сезонная форма — немедленная реакция)

2. Ринит хронический

- неспецифический (катаральный, гипертрофический, атрофический) А) инфекционный: -атрофический, -специфический (катаральный, грануломатозный, язвенный, атрофический — озена)
- Б) аллергический (постоянная форма — реакция замедленного типа)
- В) травматический (профессиональный — пыль, пары химических веществ)

3. Ринопатия вазомоторная

- А) нейровегетативная
- Б) гормональная
- В) медикаментозная



Н. А. Арефьева

Иммунологические аспекты классификации ринита

Башкирский государственный
медицинский университет

Согласно международному консенсусу в классификации ринитов, полипоз носа предложено отнести к разряду заболеваний носа, нуждающихся в дифференциальном диагнозе с хроническим ринитом. Учитывая сказанное, мы изучили иммунный статус пациентов при этих двух заболеваниях.

Мы наблюдали 94 больных с различными проявлениями ринита: 62 с вазомоторным ринитом и 32 с полипозным ринитом. Еще 50 человек составили группу контроля. Это были практически здоровые лица, постоянно проживающие в изучаемом регионе (г. Уфа). Исследовали показатели секреторного иммуноглобулина А и риноцитограмм.

Были получены следующие результаты. У здоровых лиц количество s JgA равнялось $0,86 \text{ г/л} \pm 0,1$. Содержание s JgA в группе больных вазомоторным ринитом составило $0,42 \text{ г/л} \pm 0,0$; у больных полипозом носа — $0,3 \pm 0,0$ ($p < 0,001$). В мазках со слизистой оболочки носа у здоровых людей определялись клетки эпителия, нейтрофилы, единичные лимфоциты. Эозинофилы не обнаружены ни в одном случае. Средний показатель деструкции (СПД) эпителия составил $0,27 \pm 0,0$, нейтрофилов — $2,5 \pm 0,1$. У больных вазомоторным ринитом деструкция эпителия возрастала до $0,59 \pm 0,04$, нейтрофилов — $3,7 \pm 0,1$. При полипозном процессе деструкция эпителия еще более усиливалась и составила $1,0 \pm 0,1$, СПД нейтрофилов — $3,6 \pm 0,3$. В носовой слизи появлялись эозинофилы. Причем у больных вазомоторным ринитом их количество составило $5,7 \pm 3,3$, при полипозе — $13,5 \pm 3,1$. Определяли функциональную активность иммунокомпетентных клеток. В контрольной группе фагоцитарная активность нейтрофилов равнялась $54 \pm 2,5$, макрофагов $4,0 \pm 0,4$. У больных вазомоторным ринитом она снижалась и составила $24 \pm 4,9$ и $3,7 \pm 0,4$ соответственно. При полипозе фагоцитарная активность нейтрофилов равнялась $45 \pm 8,4$, макрофагов — $13,5 \pm 3,1$.

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что количество антител (s JgA) в носовой слизи у больных снижается по отношению к контрольной группе и наиболее выражено при полипозе. Клеточный состав носовой слизи в сравниваемых группах характеризовался изменением представительства

различных иммунокомпетентных клеток. Происходило нарастание количества эозинофилов. Имелись и качественные изменения в состоянии клеточных элементов: нарастала степень деструкции клеток эпителия и нейтрофилов. Фагоцитарная активность нейтрофилов снижалась, а макрофагов возрастала.

Таким образом, изменения носовой слизи у больных ринитом и полипозом имеют общие закономерности. Они характеризуются стадийными изменениями в виде углубляющегося дефицита антител, нарастания деструкции клеточных элементов и изменения функциональной активности иммунокомпетентных клеток в виде снижения антиинфекционной устойчивости с признаками аутоиммунного процесса.

Сказанное позволяет высказать суждение, что различные формы ринита (вазомоторная и полипозная) имеют некоторые общие иммунологические закономерности и могут рассматриваться как стадии единого процесса.

Г. А. Гаджимирзаев

Некоторые соображения по терминологии и классификации вазомоторного ринита

Дагестанская государственная
медицинская академия

ля обозначения хронического персистирующего воспалительного заболевания полости носа, характеризующегося частыми обострениями, сопровождающегося ринореей, чиханьем, зудом и заложенностью носа, отечественные ринологи пользуются термином "вазомоторный ринит". Участники международного консенсуса по классификации, диагностике и лечению ринита ("Российская ринология", № 4, — 1996) предлагают опустить термин "вазомоторный", ссылаясь на наличие сосудистой реакции со стороны слизистой оболочки носа при всех формах ринита, в том числе и острых. Не вступая в полемику об обоснованности указанного аргумента, отметим, что для российских риологов отказ от термина "вазомоторный ринит" преждевременен, так как он стал привычным для нескольких поколений оториноларингологов России. Здесь уместно сослаться на имевшие место в отечественной оториноларингологии неоднократные предложения заменить термин "ангина", как не отражающий сущность болезненного состояния миндалин, названием "острый тонзиллит". Однако в силу тех же укоренившихся традиций, среди врачей это предложение не нашло поддержки. В зарубежных странах наряду с термином "вазомоторный ринит" пользуются и его синонимами: "гиперреактивный ринит", "ангиоспастический ринит", "вазомоторная ринопатия" и др.

Некоторые ринологи употребляют термин "вазомоторный" и "нейровегетативный" как синонимы. По нашему мнению, понятие "вазомоторный" значительно объемнее, чем "нейровегетативный", и включает, наряду с дисфункцией вегетативного отдела нервной системы, множество других экзо- и эндогенных факторов (обменных, эндокринных, рефлекторных и др.), приводящих к нарушению сосудистого тонуса и гиперреак-

тивности слизистой оболочки носа. В этой связи употребление их в качестве синонимов недостаточно обосновано. Следует отметить, что часть отечественных ученых выделяют лишь обобщенную "вазомоторную" форму гиперреактивного ринита, не обозначая его разновидностей. Ориентация на "вазомоторную" форму без дифференцировки ее вариантов вряд ли будет способствовать раннему выявлению "виновного" аллергена, этиопатогенетически обоснованной терапии и составлению программы профилактики обострений.

Подавляющее большинство зарубежных ученых в последние годы не выделяют инфекционно-аллергический вариант вазомоторного ринита. В большей степени указанное обстоятельство связано с тем, что реакция организма на бактериальную инфекцию рассматривается не как микробная аллергия, а как нормальная защитная иммунобиологическая реакция. До сих пор не прекращаются споры специалистов о том, какие компоненты (токсины, фрагменты различных структур бактерий и др.) микробных клеток оказывают антигенное воздействие на организм человека. Кроме того, несовершенна технология определения конкретного инфекционного агента, виновного в сенсibilизации организма. Использование метода специфической иммунотерапии с применением различных бактериальных аллергенов не получило клинического признания из-за низкой терапевтической эффективности и развития значительного количества осложнений и побочных реакций.

Мы располагаем материалом клинико-аллергологических и иммунологических исследований более 400 детей с различными вариантами вазомоторного ринита. В чистом виде положительные кожно-аллергические реакции на бактериальные аллергены не были отмечены ни разу. Положительные кожно-аллергические пробы на микробные аллергены у 40 детей всегда сочетались с положительными пробами на неинфекционные аллергены.

Мы считаем, что на данном этапе развития ринологии целесообразно выделять две формы вазомоторного ринита: аллергическую и неаллергическую. В аллергическую форму мы включаем два варианта — атопическую и смешанную. Атопический ринит в зависимости от этиологически значимого аллергена может быть сезонным и круглогодичным. В группу смешанной формы аллергического ринита мы относим больных с положительными аллергологическими тестами на бытовые, пыльцевые и инфекционные аллергены в разных сочетаниях. Целесообразность выделения смешанной формы, по нашему мнению, обусловлена, во-первых, сочетанием инфекционной и неинфекционной аллергии, а, во-вторых, тем, что у пациентов с пыльцевой аллергией обострения ринита наблюдаются не только в период цветения, но и в межсезонье. Поскольку комбинация аллергии к бытовым и пыльцевым аллергенам часто имеет место, не исключается причинная значимость именно пыльцевой аллергии в развитии обострений у этой группы больных, хотя клинически и лабораторно это подтвердить нелегко.

Сезонный ринит трансформируется в круглогодичный, по-видимому, благодаря перекрестной иммунологической реактивности, возникающей при потреблении пищевых продуктов из растений, к пыльце которых имеется повышенная чувствительность. Может наблюдаться и перекрестная иммунологическая реактивность к антигенам растений, относящимся к разным классам, но имеющим сходную химическую структуру. К примеру, такие реакции дают пыльца амброзии и продукты подсолнуха, пыльца березы и орехи и др.

При смешанном варианте атонического ринита возникает необходимость проводить специфическую иммунотерапию одновременно двумя (бытовыми и пыльцевыми) группами аллергенов.

Неаллергическая (ложноаллергическая, нейровегетативная) форма ринита объединяет все разновидности вазомоторного ринита, при которых регистрируется гиперреактивность слизистой оболочки носа без подтвержденной аллергизации организма.

В. Т. Жолобов

К вопросу о классификации риносинуситов

Дальневосточный государственный
медицинский университет

опросы классификации синуситов представляются важными прежде всего в плане диагностики и правильного выбора метода лечения. Несмотря на то, что патологические изменения в слизистой оболочке околоносовых пазух изучены подробно, диагностика риносинуситов нередко оказывается трудной, ибо уточнить параллели между клинической и морфогистологи-ческой картиной удается не всегда.

Воспалительные процессы в околоносовых пазухах протекают по-разному. В основу их классификации следует положить прежде всего локализацию процесса, а затем форму воспаления, учитывая при этом этиологию и патогенез заболевания, клинику, данные лабораторных исследований, а также рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Исходя из этого, следует различать по локализации процесса изолированные и сочетанные синуситы. Наиболее часто воспалительный процесс в решетчатом лабиринте сочетается с воспалением в других околоносовых пазухах, что объясняется ранним развитием лабиринта и его центральным положением по отношению к другим пазухам.

По форме воспалительного процесса необходимо выделять острые и хронические риносинуситы. Первые следует делить на катаральные, гнойные и осложненные. Хронические — на отечные, инфильтративные, гнойные, фиброзные (кистозные и полипозные) и осложненные. При катаральной форме отмечается увеличенная продукция экссудата. Отечная форма характеризуется закрытием выводных отверстий пазух, что ведет к нарушению их аэрации. Отличительной чертой острой гнойной формы является образование слизисто-гнойного или гнойного экссудата. Полипозный процесс может сопровождаться преимущественно экссудативными или продуктивными воспалительными изменениями, наличием фиброза и той или иной степени гнойного воспаления. В особую группу надо отнести осложненные формы воспалительного процесса в пазухах. Основным в происхождении такой формы, очевидно, являются анатомические особенности, возраст больного, ареактивность организма, а также вирулентность инфекции. По этиологии заболевания околоносовых пазух можно разделить на инфекционные, инфекционно-аллергические и аллергические. Среди инфекционных необходимо подчеркнуть вирусную природу заболевания.

Исходя из вышеприведенной классификации, при острых формах синусита надо проводить консерва-

тивное лечение, широко применяя метод дренирования пазух. При осложненных формах острого синусита выбор метода лечения следует решать на основании характера осложнения, его локализации и возраста больного. Лечение больных хронической отечной, инфильтративной и гнойной формами синусита надо начинать с пункционного (тре-панопункционного) метода, а при его безуспешности показано хирургическое лечение внутриносовым или наружным методом. Больным продуктивной формой синусита следует производить операции наружным путем, сохраняя малоизмененную слизистую оболочку и надкостницу.

Наши наблюдения показали, что результаты лечения находятся в прямой зависимости от щажения архитектоники пазух (особенно лобных). Несоблюдение этого принципа отрицательно сказывается на функции пазух и результатах лечения.

С

А. А. Ланцов, С. В. Рязанцев

К вопросу о классификации ринитов

Санкт-Петербургский НИИ уха,
горла, носа и речи

основу предлагаемой классификации (см. таблицу) положен патогенетический принцип. Этиологическими факторами ринита, вероятнее всего, могут быть инфекционное поражение (бактериальное или вирусное), аллергическая реакция и нарушения вегетативной иннервации слизистой оболочки полости носа. Вот эти три основные формы и выделены в предлагаемой классификации. Целесообразно также было бы выделить еще одну группу ринитов - как проявление системных заболеваний (эндокринных - гормональный ринит, простагландиновых нарушений - неаллергический ринит с эозинофильным синдромом, NARES и некоторые другие формы, такие как озена, гипертрофический и полипозный риниты).

Инфекционные риниты делятся на банальные, этиологическим фактором которых являются вирусы, кокковая флора и другие неспецифические и специфические микроорганизмы.

Аллергические риниты традиционно разделяют на острые, или сезонные, и хронические, или круглогодичные. В предлагаемой классификации наибольшую дискуссию может вызвать предлагаемая нами нейровегетативная форма, объединяющая все риниты, связанные с дисфункцией вегетативной нервной системы. При преобладании парасимпатической иннервации, вероятнее всего, мы имеем дело с вазомоторным ринитом. Он может быть вызван климатическими условиями (климатический), медикаментозными воздействиями - блокадой сосудодвигательных центров при длительном применении адреномиметиков или расширением сосудов слизистой оболочки полости носа при назначении препаратов группы раувольфии - резерпина, раунатина, раувазана (медикаментозный). Самую распространенную подгруппу нейровегетативных вазомоторных ринитов с недостаточно ясной этиологией мы условно обозначили понятием «идиопатический».

Классификация ринитов и синуситов



Таким образом, мы считаем, что предложенная классификация является краткой и в то же время достаточно емкой, отражающей патогенетические особенности конкретных форм ринитов, и потому удобной для назначения конкретной терапии.

а

С. С. Лиманский

Обоснование классификации синуситов

Пензенский институт усовершенствования врачей

ам представляется недостаточным использование только срока заболевания для определения границ между острым и хроническим процессами. В динамике синусита выявляется стадийность, при которой развивается необратимость морфологических изменений (В. П. Быкова и соавт., 1995). Мы считаем целесообразным называть "хроническим" такое воспаление, при котором утрачивается способность слизистой оболочки к спонтанному выздоровлению, а критерии обратимости включать в классификацию синуситов.

В классификациях В. Т. Жолобова (1976), а также Д. И. Тарасова и В. П. Быковой (1978) выделены аллергические синуситы, которые этиопатогенетически связаны с общими изменениями в организме. В настоящее время накоплена значительная информация, позволяющая относить к разряду "системных" не только аллергические процессы, но и нарушения в иммунной системе, синдром Картагенера, муковисцидоз, заболевания печени, гипотиреоз, ревматизм, альфа-антитрипсиновую недостаточность (М. С. Плужников и соавт., 1984; Д. И. Тарасов и соавт., 1983; Л. Б. Дайняк, 1987; Н. А. Арефьева, Б. Б. Салтыков, 1983; С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов, 1991; Г. А. Гаджимирзаев, 1992; Г. М. Портенко, 1995; Н. А. Арефьева, 1996; М. М. Омеров и соавт., 1996; St. Crifo, 1980; Н. G. Wiesemann, U. Stephan, 1982; G. GrundmannsoavT., 1985; L. L. Ballenger, 1988 и др.). Н. А. Московченко и Н. А. Куликова (1990) находят взаимосвязь между возникновением гайморита и генетическими маркерами крови. Системная зависимость прослеживается в виде "внутренних факторов риска". Д. И. Тарасов и В. П. Быкова (1978) выделяют "гиперэргические" и "нормэргические" синуситы, под которыми подразумевается выраженность иммунного ответа. Явление гиперреактивности и гиперчувствительности носа отражено в ряде работ (М. С. Плужников и соавт., 1986; С. С. Лиманский, 1988; С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов, 1991; Г. А. Гаджимирзаев, 1994; С. В. Рязан-

климатический

цев, И. В. Юркин, 1994; A. Chabrol, M. Rebufi, 1987; Н. Е. Stevens, 1991).

Наша классификация предполагает разделение синуситов по этиопатогенетическому фактору на системные и несистемные. По характеру ответа на повреждающий фактор - на гиперэргические и нормэргические. Под гиперэргическими синуситами подразумеваются процессы, которые проявляются гиперчувствительностью слизистой оболочки в виде активной вегетативной реакции. По морфологическим изменениям синуситы подразделяются на пристеночно-гиперпластическую, полипозную и полипозно-фиброзную формы при наличии серозного или гнойного экссудата. По распространенности — на моносинусит, гемисинусит (ограниченные формы), полисинусит, пансинусит (распространенные формы). В дополнение к классификации 1988 года (С. С. Лиманский) предлагается различать синуситы по степени обратимости: I стадия — острый синусит, II стадия — хронический с частичной утратой способности к спонтанному выздоровлению, III стадия — хронический с полной утратой способности к спонтанному выздоровлению.

Предлагаемая классификация позволяет определить лечебную тактику для тех или других категорий больных, служит мотивом для настойчивого поиска щадящих средств лечения при I и II стадиях и средств реабилитации при III стадии.

А. С. Лопатин

О международной классификации ринитов

**Отделение оториноларингологии ЦКБ МЦ
УД Президента РФ**

Систематизация современного уровня знаний и приведение к общему знаменателю существующих точек зрения на различные нозологии является основополагающей тенденцией в современной медицине. Для того, чтобы с одинаковых позиций обсуждать какую-либо проблему и сравнивать результаты лечения, специалисты из разных стран должны говорить на одном языке и оперировать приемлемыми для всех понятиями и терминами. Это объясняет создание международных согласительных комиссий и разработку единых определений и классификаций бронхиальной астмы, хронического бронхита, головной боли и т.д. Ту же цель ставила себе и консенсусная группа, работающая в течение последнего десяти-

тилетия над проблемой определения и классификации ринитов.

Разработанный этой группой консенсус суммирует современные познания в данной области. Основной задачей предстоящей конференции Российского общества ринологов является обсуждение этой классификации и доведение ее до сведения практических оториноларингологов. Конечно, Россия всегда была особой страной и во всем искала собственные пути. И все же попытки разработки новых классификаций, противоречащих уже существующей международной, представляются некорректными, особенно в период интеграции России в мировое сообщество. Пользуясь собственной классификацией, мы по-прежнему будем говорить на понятном только нам языке и никогда не сможем принять участие в международных проектах по борьбе с растущей заболеваемостью ринитами и достойно представить результаты своих исследований на международных форумах.

Другое дело, что мы могли бы, базируясь на данной классификации и устранив ее непринципиальные недостатки, создать упрощенную рабочую схему, основанную на принципе "форма - лечение", и рекомендовать ее к использованию в повседневной практике. Идеальным примером в этом плане может служить классификация хронического тонзиллита И. Б. Солдатова, которой успешно пользуется большинство отоларингологов в нашей стране. Однако, систематизация ринитов оказывается гораздо более сложной проблемой, чем систематизация хронического тонзиллита или даже бронхиальной астмы. Недостатки обсуждаемой классификации ринитов видны невооруженным глазом. На наш взгляд, они заключаются в следующем.

Во-первых, в материалах международного консенсуса достаточно четко определены критерии включения (выделения из носа, заложенность, чиханье и зуд: два или более симптома в течение более чем одного часа в большинстве дней), однако критерии исключения не оговорены вовсе. Мы же прекрасно знаем, что данные симптомы могут быть характерны для синусита, аденоидита и т.д. Вопрос, где лежит граница между ринитом и синуситом, большей частью является риторическим. Наши наблюдения (А. С. Лопатин и соавт., 1996), базирующиеся на результатах магнитно-резонансной томографии, говорят о том, что изменения в околоносовых пазухах выявляются почти у 40% лиц без клинических проявлений ринита и синусита. Есть сведения о том, что в период эпидемий ОРВИ 87% обследованных имеют патологию околоносовых пазух (Ю. А. Хлыстов, Ю. Н. Мусорин, 1983). Это значит, что в большинстве случаев, говоря о рините, мы на самом деле имеем в виду риносинусит, и, следовательно, в рекомендуемых схемах лечения должны фигурировать и антибактериальные препараты.

Во-вторых, явным противоречием данной классификации является то, что в нее включена атрофическая форма ринита, но в определении не оговорены симптомы этой формы. Вероятно, следует либо вовсе не упоминать эту форму в классификации, считая ее отдельной нозологией, либо включить в определение ринита такие симптомы, как образование корок и зловонный запах.

В-третьих, в данной классификации отсутствует гипертрофический ринит. Мотивация, в принципе, ясна: гипертрофия носовых раковин может быть конечной стадией развития любой другой (кроме атрофической) формы ринита. И все же в предлагаемой схеме гипертрофический ринит должен присутствовать хотя бы потому, что этой проблеме посвящено огромное количество исследований, и методы его лечения стоят особняком. Наибольшее количество споров, конечно, вызывает замена термина "вазомоторный", так любимого наши-

ми ЛОР-врачами, термином "идиопатический". Существование термина "вазомоторный", объединяющего в себя массу совершенно разнородных понятий, не позволяет врачу дифференцированно подходить к постановке диагноза и лечению ринита. И все же в силу сложившейся ситуации вазомоторную форму ринита можно оставить в предлагаемой рабочей схеме, однако при постановке диагноза "вазомоторный ринит" следует уточнять его причину (например, медикаментозный вазомоторный ринит или гормональный вазомоторный ринит), а в случае, если этиологический фактор не установлен, считать данный ринит идиопатическим. Такой подход заставит практического врача детально собирать анамнез и в полном объеме проводить обследование, а не ограничиваться фиксацией в истории болезни ни о чем не говорящего диагноза.

В группу инфекционных ринитов мы отнесли и те формы, которые изначально были вызваны травмой (например, послеоперационный ринит) или воздействием других физических и химических факторов, поскольку в этих случаях последующее воспаление всегда будет микробным, а не асептическим и потребует соответствующей терапии. Следует учитывать, что на практике будет встречаться много комбинированных или смешанных форм ринита. Сюда, в частности, войдут все случаи аллергического или вазомоторного ринита, сочетающиеся с вегетацией патогенных микроорганизмов на слизистой оболочке носа. Не вступая в полемику о целесообразности выделения инфекционно-аллергической формы ринита, заметим лишь, что игнорирование микробного фактора и неназначение соответствующего местного антимикробного лечения снижает эффективность проводимой десенсибилизирующей

Форма терапии.

Лечебные мероприятия

Аллергический	Устранение аллергенов, антигистаминные препараты, стабилизаторы мембран тучных клеток, интраназальные глюкокортикоиды, специфическая иммунотерапия
— сезонный	
— круглогодичный	
Инфекционный	Местная антибактериальная терапия, сосудосуживающие средства, стимулирующие препараты, физиотерапия, выявление и санация очагов инфекции в носоглотке и пазухах
— в том числе травматический и вызванный химическими и физическими факторами	
Вазомоторный	Элиминация этиологического фактора, интраназальные кортикостероиды, в случае их неэффективности - короткий курс системной кортикостероидной терапии или хирургическое лечение
— медикаментозный	
— профессиональный	
— гормональный	
Атрофический	Щадящие методы хирургического лечения (латеропозиция, вазотомия, подслизистая или парциальная конхотомия), при сочетании с аллергией - на фоне курса десенсибилизирующего лечения
	Местная антимикробная терапия, муколитики, мукокинетики, растительные масла, биостимуляторы, физиотерапия

Ю. М. Овчинников

О классификации ринитов в свете международного консенсуса в диагностике и лечении ринита

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Ринит — одно из самых распространенных заболеваний среди всех возрастных групп населения. Однако, несмотря на длительную историю изучения насморка, которая началась еще во времена Гиппократов, считавшего, что выделения из носа нельзя останавливать, т. к. они являются слизью, оттекающей из полости черепа, и вплоть до наших дней, многие вопросы этой проблемы остаются неразрешенными. Это относится не только к лечению, но и к классификации ринитов.

До последнего времени мы широко использовали классическую классификацию, разработанную в начале нашего столетия основоположниками ринологии и выделявшую катаральную, гипертрофическую и атрофическую формы, а также острый и хронический ринит. Позже возникла необходимость выделять вазомоторную (аллергическую и нейро-рефлекторную формы). Эта классификация казалась всеобъемлющей, вмещающей практически все клинические и морфологические проявления. С точки зрения врача-практика, такая классификация удобна и позволяет ориентироваться в выборе метода лечения.

Появившиеся в последние годы новые взгляды на классификацию ринитов требуют внимательного изучения, и только после этого предложенную терминологию можно использовать в клинической практике. Не думаю, что термин "ринит" следует заменить термином "ринопатия", ведь слово "патос" означает "болезнь" и никак не уточняет сути процессов, протекающих в слизистой оболочке полости носа. Представленная классификация, основанная на данных ведущих аллергологов и ринологов стран Запада, с одной стороны упрощена, а с другой — весьма расплывчата. Что означает термин "другие"? Получается, что существует только два основных вида ринитов: аллергический и инфекционный, а все прочие отнесены к "другим". Отсутствует понятие "гипертрофический" ринит, отношение к которому в настоящее время пересматривается с точки зрения максимального щажения слизистой оболочки при различных видах хирургического лечения. Атрофический ринит также отнесен к группе других. Классификация предполагает противопоставление одно другому, или объединение по каким-то общим признакам. Атрофический ринит может быть профессиональным, а пищевой — аллергическим, также, как ринит, вызванный раздражающими факторами, может быть отнесен к рефлекторным заболеваниям. Таким образом, пользуясь новой классификацией, практическому врачу будет трудно ориентироваться при назначении лечения. На наш взгляд, ринит может быть как симптомом заболевания, так и самостоятельным заболеванием.

Ринит как симптом (нейрорефлекторный насморк) является следствием переохлаждения кожи стоп или области поясницы, а также раздражения слизистой оболочки различными веществами. Ринит как самостоятельное заболевание делится на аллергический и инфекционный, на острый и хронический. Инфекционный может быть катаральным, гнойным, гиперпластическим

или атрофическим. Аллергический - инфильтративным, отечным, с секретцией или без секретции. Ринит как симптом может переходить в самостоятельную форму заболевания (теория М. И. Вольфовича). При назначении лечения необходимо учитывать не только вид ринита, но и возраст больного, а также гормональный и иммунологический фон.

С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов

К вопросу о классификации ринита

Курский государственный медицинский университет,
Медицинский центр Управления делами
Президента РФ

Существующие классификации ринита (В. И. Воячек, 1953; Л. Б. Дайняк, 1963; С. М. Компа-неец, 1949; Н. Д. Ходяков, 1963; Г. А. Фейгин, В. А. Насыров, 1994; P. Van Cauwenberge, 1978) не могут полностью удовлетворить потребности практической и теоретической ринологии. Современная классификация, отражая последние научные достижения в изучении ринита, должна быть понятна практическим врачам и стать основой для унифицирования рекомендаций по диагностике и лечению различных форм ринита. Последняя классификация ринита, разработанная международной рабочей группой и опубликованная в журнале "Российская ринология" (№ 4 за 1996 год), не может удовлетворить ни научных работников, ни практических врачей. В ее основу не заложен определенный принцип или система. Одна из подгрупп обозначена словом "другие", и именно в эту категорию включено большое количество форм ринита, вплоть до атрофического. Руководствуясь данной классификацией, практический врач вынужден ставить, по нашему мнению, абсурдный диагноз, например: другой ринит, пищевой; другой ринит, гормональный и т. д.

Основываясь на анализе этиологических факторов, клинических проявлений, риноскопической и морфологической картины, мы предлагаем следующую классификацию ринита.

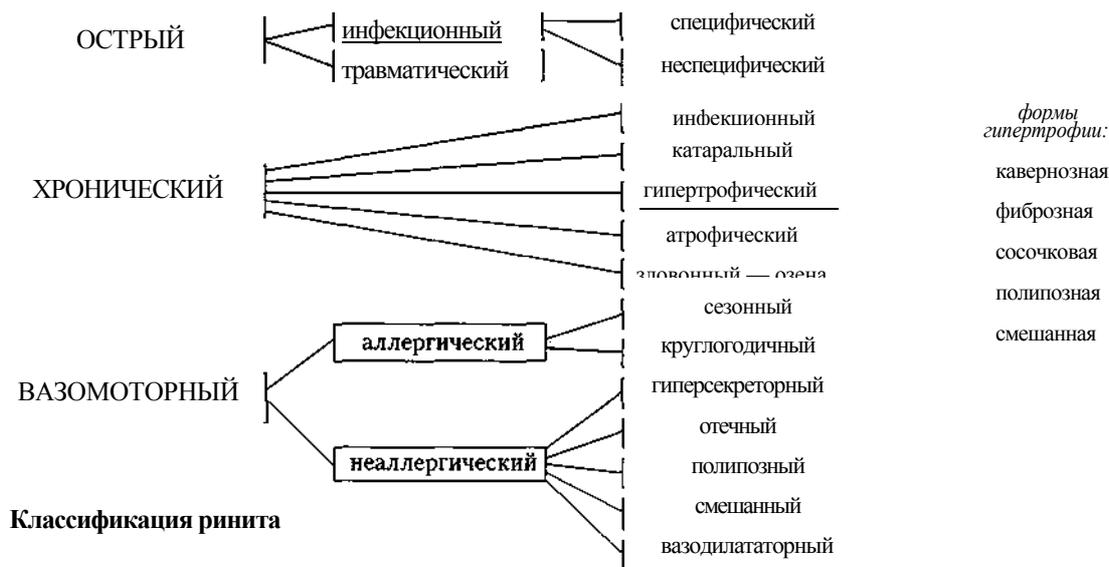
Считаем необходимым дать некоторые пояснения к предлагаемой классификации. К специфическим ринитам относятся риниты, вызванные возбудителями инфекционных заболеваний, например, дифтерии, гонорреи, менингита, туберкулеза, склеромы, сифилиса и др. Травматический ринит развивается при повреждениях слизистой оболочки после грубых манипуляций, оперативных вмешательств, тампонады, воздействия механических, термических, химических или физических раздражителей.

В связи с тем, что гипертрофическому риниту свойственно разнообразие морфологических изменений, целесообразно выделить в классификации пять форм гипертрофии, что позволит в зависимости от характера изменения слизистой оболочки выбрать соответствующую лечебную тактику.

Если при аллергологическом обследовании (анамнез и специальные исследования) у больного выявлен определенный аллерген или сочетание нескольких аллергенов, заболевание относится к аллергическим ринитам. В группу вазомоторных неаллергических ринитов включены все насморки, протекающие с вазомоторной реакцией и вызванные различными причинами: действием лекарственных препаратов общего и местного воздействия, гормональных, пищевых, психогенных, профессиональных и других факторов.

Мы не сочли необходимым выделять острый и хронический вазомоторный ринит не только потому, что

Классификация ринитов и синуситов



сезонный насморк приравнен к острым процессам, тогда как круглогодичный аллергический и неаллергический ринит после короткого острого периода характеризуются хроническим поражением структур слизистой оболочки. Исходя из особенностей изменений слизистой оболочки полости носа, развивающихся при различных видах вазомоторного ринита, мы считаем необходимым выделять пять его форм.

Предлагаемая классификация позволяет охватить все виды поражений слизистой оболочки, легко запоминается и удобна для использования в клинической практике.

Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов

К вопросу о классификации синуситов

Создать универсальную классификацию синусита — весьма трудная задача. Известные классификации (Б. С. Преображенский, 1959; В. П. Коломийцев, 1976; Д. И. Тарасов, В. П. Быкова, 1978) не охватывают всех особенностей клинических проявлений этого заболевания, не имеют внятной системы распределения форм синусита, сложны для практической работы. Классификация должна четко определять характер и распространенность поражения околоносовых пазух, достаточно полно характеризовать заболевание для правильной статистической обработки результатов научных исследований и ежегодного учета заболеваемости. Диагноз, поставленный на основании классификации, должен быть достоверным обоснованием для выработки плана лечения.

Мы предлагаем классификацию синуситов, которая, на наш взгляд, позволит достаточно полно охарактеризовать особенности поражения пазух в каждом конкретном случае.

1. По течению и форме поражения *Острый:* катаральный, гнойный, некротический. *Хронический:* катаральный, гнойный, пристеночно-гиперпластический, полипозный, фиброзный, кистозный (возможны смешанные формы, например: гнойно-полипозный, кистозно-гнойный), осложненный (остеоми-

елит, холестеатома, пиомукоцеле, распространение процесса на клетчатку орбиты, венозные сосуды, полость черепа).

Вазомоторный: аллергический, неаллергический.

2. По причине возникновения: риногенный, одонтогенный, травматический.

3. По характеру возбудителя: вирусный, бактериальный аэробный, бактериальный анаэробный, грибковый, смешанный.

4. По распространенности процесса:

этмоидит (передний, задний, тотальный), гайморит, фронтит, сфеноидит, этмоидогайморит, этмоидофронтит, этмоидогайморосфеноидит, этмоидофронтосфеноидит, гемисинусит (левосторонний, правосторонний), пансинусит.

Формулировка диагноза может быть следующей: острый катаральный риногенный вирусный этмоидит; хронический гнойный одонтогенный стафилококковый этмоидогайморит; хронический гнойно-полипозный риногенный грибковый этмоидогайморосфеноидит; хронический гнойный риногенный стафилококковый этмоидогайморосфеноидит, остеомиелит лобной кости. Варианты диагноза зависят от конкретного случая.

Учитывая то, что синуситы в большинстве случаев носят риногенный характер, в практике термин "риногенный" можно опускать, но при отсутствии указания на причину возникновения синусита следует считать, что синусит является риногенным. Одонтогенную и травматическую этиологию воспаления следует указывать всегда.

На практике возникают проблемы с уточнением характера микрофлоры при синусите. В этом случае указание на вид возбудителя может отсутствовать, но после идентификации возбудителя его следует указывать. Последнее особенно важно для подведения итогов научного исследования.

Вазомоторный синусит — форма достаточно редкая. К ней следует относить остро возникающие или имеющие хроническое течение синуситы, характеризующиеся отеком слизистой оболочки носа и околоносовых пазух и катаральными явлениями. Аллергическая форма вазомоторного синусита может быть подтверждена при выявлении аллергена. Диагностика аллергии должна проводиться в соответствии с современным уровнем знаний в этой области.

Г. М. Портенко

Клиническая классификация полипозных риносинуситов

Кафедра оториноларингологии Тверской государственной медицинской академии

Предложенные ранее классификации полипозного риносинусита не отвечают требованиям сегодняшнего дня и не могут ориентировать ЛОР-специалиста в правильном выборе лечения в каждом конкретном случае. Особенности течения заболевания порой не учитываются врачами при шаблонном лечении данной патологии. Существующие классификации отражают только патологоанатомическую характеристику болезни. Так, Д. И. Тарасов (1979) предлагает делить полипозные риносинуситы на серозные, катаральные и гнойные, а Т. Н. Леонтьева и соавт. (1985) - на полипозные и полипозно-гнойные. Мы предлагаем клиническую классификацию полипозного риносинусита, которая позволяет индивидуализировать диагноз и конкретизировать лечение. Это имеет огромное значение при проведении эффективной диспансеризации больных с данной патологией.

Классификация полипозных риносинуситов: /.

Распространенность процесса: 1) односторонний, 2) двусторонний.

77. Форма заболевания: 1) первичный, 2) рецидивирующий.

III. Локализация процесса: 1) решетчатый лабиринт, 2) верхнечелюстная, 3) клиновидная, 4) лобная пазуха, 5) сочетанная (гаймороэтомидит, полисинусит и т. д.).

IV. Стадии: I стадия (полипозные разрастания только в пределах пазухи). II стадия (полипозные разрастания выходят за пределы пазух через соустья и видны в среднем или верхнем носовых ходах). III стадия (полипы obtурируют общий носовой ход).

V. По содержанию: 1) полипозный, 2) полипозно-гнойный.

VI. Факторы риска: 1) внешние: холод, сквозняки, сосудосуживающие капли, профвредности и другие; 2) внутренние: а) наследственность (полипозная, онкологическая), б) иммунодефицит, в) нарушение мукоцилиарного транспорта, г) аллергия, д) сухая ушная сера, е) MZ-фенотип, ж) муковисцидоз, з) инфекционные заболевания (ОРЗ, грипп).

VII. Наличие сопряженных заболеваний: 1) компенсированная форма (нет), 2) декомпенсированная форма (бронхиальная астма, хронический астматический бронхит, хронический бронхит, хроническая аллергическая ринопатия, фарингопатия, ларингопатия, хронический рецидивирующий фаринголаринготрахеобронхит и другие).

Приводим клинические примеры использования предлагаемой классификации: I. Односторонний первичный полипозный гайморит, I стадия, с внешним фактором риска (холод), компенсированная форма. II. Двусторонний рецидивирующий сочетанный полипозно-гнойный гайморит и этмоидит, III стадия, с внешним фактором риска (сосудосуживающие капли), декомпенсированная форма (синдром Фернан-Видаля).

Как видно из приведенных выше примеров, предложенная клиническая классификация полипозных риносинуситов требует от врача тщательного выявления факторов риска развития данного заболевания и сопряженных заболеваний у каждого больного. Комплексное лечение при динамическом диспансерном наблюдении может гарантировать более редкий процент рецидивов и, следовательно, более длительный период трудоспособности данных больных.

С. М. Пухлик

К вопросу об идиопатическом рините

Одесский государственный медицинский университет

Целесообразность изменения существующей классификации ринита не вызывает сомнений, так как необходимо правильно диагностировать заболевание (особенно это важно при аллергических ринитах) и проводить эффективную терапию. В предлагаемой международным консенсусом классификации в раздел "Другие" отнесен "идиопатический"-ринит. Этот термин используется вместо ранее существовавшего названия "вазомоторный", в случаях, когда патогенез заболевания не известен. Мы предлагаем термин "идиопатический" заменить на "нейровегетативный", мотивируя это результатами собственных исследований состояния вегетативной нервной системы у 350 больных. Обследование включало определение вегетативного тонуса с помощью разработанных таблиц (клинико-анамнестическое обследование), изучение вегетативной реактивности с помощью глазо-сердечного рефлекса Ашнера —Даньини и вегетативного обеспечения физической деятельности при выполнении клиникоортостатической пробы с одновременной регистрацией параметров сердечно-сосудистой системы (ЧСС, АД, РЭГ). Среди больных нейровегетативным ринитом в подавляющем большинстве случаев (81,9%) была установлена парасимпатическая направленность вегетативного тонуса (ваготония), вегетативное равновесие определялось лишь в 18,1% случаев. Повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (симпатикотония) не было выявлено вообще.

Среди больных аллергическим ринитом ваготония определялась лишь в 35,8%, симпатикотония — 9,3%, а эйтония — у 54,9% больных. Исследование вегетативной реактивности показало, что у больных обеих групп, как правило, изменен характер реакции надсегментарных церебральных структур на предъявленный стимул в форме снижения или извращения реакции (для больных аллергическим ринитом) или ее повышения (для больных нейровегетативным ринитом). У больных нейровегетативным ринитом отмечено также значительное изменение характера сосудистой реакции по сравнению с таковым у здоровых лиц и больных аллергическим ринитом. Вегетативное обеспечение у первой группы больных можно охарактеризовать как недостаточное, что говорит о дезадаптационных тенденциях со стороны вегетативной нервной системы.

Приведенные данные представляются нам достаточно веским аргументом для того, чтобы именовать эту форму ринита нейровегетативной, т. к. в ее основе лежит дисбаланс в вегетативной нервной системе. Мы считаем необходимым в комплекс обследования больных ринитом помимо традиционных (эндоскопия, рентгенография, функциональные пробы, аллергологические тесты) включать основные методы исследования состояния вегетативной нервной системы, а при выявлении ее дисфункции (центральной или периферической) - проводить адекватную терапию.

В. И. Садовский, И. Д. Шляга, В. Ф. Мингинович, А. В. Черныш

К вопросу о классификации ринитов

Гомельский государственный медицинский институт, Гомельская областная клиническая больница (Беларусь)

Классификация ринитов, представленная международной рабочей группой по лечению ринитов ("Российская ринология", № 4, 1996), на наш взгляд, не лишена существенных недостатков, особенно с точки зрения практических врачей. В ней отражены в основном этиопатогенетические аспекты, нет деления хронических ринитов на ограниченные и диффузные, отсутствуют общепризнанные формы гипертрофических ринитов, исключен вазомоторный ринит, хотя отмечены его отдельные формы. В группу "другие" включены самые различные формы ринитов, не связанные друг с другом какими-то общими признаками.

Большое внимание авторами уделено аллергическому риниту, что связано с его большим распространением в высокоразвитых странах. В связи с этим у практических врачей возникает ряд вопросов при установлении диагноза ринита и назначении соответствующего лечения. Отдавать предпочтение старой классификации, укоренившейся в литературе и практике, или пользоваться новой международной классификацией? Вот вопрос, который постоянно задают врачи при обсуждении проблемы.

На основании клинического опыта использования оптической эндоскопии и микроскопии полости носа, а также анализа литературы мы предлагаем свою клинико-анатомическую классификацию ринитов. Все риниты мы делим на острые и хронические, инфекционные и неинфекционные, специфические и неспецифические, а хронические — на ограниченные и диффузные. Среди неспецифических хронических ринитов мы выделили 6 форм, сохранив все термины, которые использовали ранее: 1. аллергический (поллиноз и круглогодичный); 2. вазомоторный (гиперсекреторный и вазодилаторный); 3. катаральный; 4. атрофический; 5. смешанный.

Выделение аллергического ринита в отдельную форму связано с увеличением частоты и большого удельного веса среди других форм хронических ринитов (23% по нашим данным), особенностями этиопатогенеза, клиники и лечения. Смешанный ринит встречается также довольно часто (до 10%). Специфические формы хронических ринитов встречаются реже. В нашем регионе из специфических ринитов преобладают склеромные и микотические.

Используя нашу классификацию, практическому врачу проще решать вопросы диагностики и лечения той или иной формы хронического ринита.

Классификацию можно представить в виде схем:

Клинико-анатомическая классификация ринитов

Схема 1



Схема 2

15



Ф. В. Семенов

Классификация хронических ринитов

Кафедра ЛОР-болезней Кубанской медицинской академии

Ринит: воспаление (точнее, состояние) слизистой оболочки полости носа, сопровождающееся следующими симптомами (один или более): заложенность носа, ринорея, чиханье и зуд.

Аллергический ринит (сезонный, круглогодичный) характеризуется развитием в слизистой оболочке аллергической формы экссудативного воспаления).

Идиопатический ринит, или дисфункциональный; нейровегетативный; вазомоторный; носовая гиперреактивность — патологическое состояние слизистой оболочки (не воспаление), обусловленное неадекватной (гиперэргической) реакцией на неспецифические триггеры (раздражители) экзо- (холод, пахучие вещества, табачный дым и т. д.) и эндогенного происхождения. К последним относятся гормональная дисфункция, острые психоэмоциональные реакции и др.

Специфический инфекционный ринит — воспалительная реакция слизистой оболочки носа с характерным комплексом клинических и морфологических проявлений, обусловленных специфическими особенностями возбудителя. Специфический ринит может развиваться при туберкулезе, сифилисе, склероме, лепре, сапе, гранулематозе Вегенера и др.

Неспецифический ринит. По этиологии:

Инфекционный — вызываемый и поддерживаемый патогенными микроорганизмами. Развивается при хроническом синусите или после его излечения, хроническом аденоидите, хроническом тонзиллите, снижении общей или местной иммунологической реактивности.

Неинфекционный (ирритативный) — вызываемый длительным воздействием экзогенных или эндогенных патогенных факторов. К первым относятся некоторые виды органической и неорганической пыли, раздражающие химические соединения и лучистая энергия (обычно это профессиональный ринит). К эндогенным факторам относятся азотистые шлаки, выделяемые слизистой оболочкой носа при уремии и т. п.

Классификация ринитов и синуситов

По характеру патоморфологических изменений в слизистой оболочке носа:

Атрофический (ограниченный и диффузный) — прогрессирующий дистрофический процесс, сопровождающийся атрофией слизистой оболочки, подслизистого слоя, а при прогрессирующем течении — периоста и костной ткани полости носа.

Гипертрофический (ограниченный и диффузный), характеризующийся развитием продуктивной формы воспаления с преобладанием явлений увеличения числа клеточных элементов соединительной ткани и стенок сосудов.

Катаральный (экссудативный), характеризующийся развитием в слизистой оболочке полости носа экссудативной формы воспаления с преобладанием сосудистой реакции и образования экссудата (серозный, слизистый, гнойный). Отмечается выход на поверхность слизистой оболочки жидкого экссудата, смешанного со слизью, слущенными эпителиальными клетками, лейкоцитами и лимфоцитами.

Пример формулировки диагноза: хронический гипертрофический инфекционный ринит; хронический гипертрофический ирритативный (профессиональный) ринит; хронический атрофический ирритативный лучевой ринит.

В диагнозе слово ирритативный можно не употреблять, а писать непосредственно вид раздражителя: профессиональный пылевой, лучевой, уремический, медикаментозный и т. п. Например: хронический гипертрофический (профессиональный) ринит; хронический атрофический лучевой ринит.

**И. Б. Солдатов, Н. С. Храппо,
В. А. Щербаков**

Вариант классификации полипозного синусита

**Кафедра оториноларингологии
Самарского государственного
медицинского университета**

I стадия — стойкий диффузный отек слизистой оболочки в среднем носовом ходе;

II стадия — полипы, не выходящие за границы среднего носового хода;

III стадия — полипы, выходящие за границы среднего носового хода и/или полипозные изменения слизистой оболочки на медиальной поверхности средней носовой раковины;

IV стадия — наличие полипов в общем носовом ходе, исходящих из среднего носового хода, средней носовой раковины, а также слизистой оболочки верхней или нижней раковины и перегородки носа.

На основании анализа результатов КТ и данных синусоскопии мы выделили 4 стадии выраженности полипозного поражения околоносовых пазух:

I стадия — пристеночное утолщение слизистой оболочки околоносовой пазухи; *II стадия* — одиночные полипы в полости пазухи; *III стадия* — поражение околоносовой пазухи полипозным процессом на 2/3 ее объема; *IV стадия* — тотальное поражение околоносовой пазухи.

Для отражения в диагнозе степени поражения околоносовых пазух предлагается использовать такие сокращения: Ce, Sf, Sm, Ss, где Ce - Ethmoidal cells, Sf-Frontal sinus, Sm-Maxillary sinus, Ss-Sphenoid sinus. Результаты клинического исследования, отраженные в диагнозе, могут быть записаны кратко, например, следующим образом: полипоз полости носа *I* стадия; или: полипоз полости носа, *III* стадия, Ce - *III*, Cf - *I*. Изложенная классификация проста, она дает возможность сопоставления данных разных авторов о результатах эффективности консервативного или хирургического лечения полипоза носа.

Полипоз носа как болезнь известен на протяжении нескольких тысячелетий, однако и сегодня в большинстве случаев невозможно установить причину, вызывающую рост полипов полости носа. Существует много видов и методов медикаментозного, физиотерапевтического и хирургического лечения полипоза носа, ни один из которых не является достаточно эффективным. Мы считаем, что для оценки эффективности и для сравнения различных методов консервативного и хирургического лечения полипоза полости носа нужна клиническая классификация выраженности и протяженности полипозного процесса, базирующаяся на результатах эндоскопического исследования. Распространенность полипозного процесса в околоносовых пазухах может быть оценена на основании данных эндоназальной риноскопии и синусоскопии, а также компьютерной томографии (КТ).

На основании эндоскопических исследований полости носа мы выделили 4 стадии распространенности полипозного процесса:

Дифференциально-диагностическое значение эндоскопии полости носа и носоглотки при нарушении носового дыхания

Кафедра оториноларингологии
МАЛА им. И. М. Сеченова



заболеваний носа, сопровождающихся затруднением носового дыхания и требующих хирургического лечения, не уменьшается и имеет тенденцию к росту. В структуре этой патологии наиболее часто встречается деформация перегородки носа, хронические риниты и полипозные синуситы. Диагностика деформации перегородки носа несложна, но в случаях сочетания с хроническим ринитом, особенно при гипертрофии задних концов носовых раковин, или в тех случаях, когда причиной нарушения носового дыхания являются хоанальные полипы, в проведении дифференциальной диагностики и выборе адекватного способа лечения могут возникать определенные трудности. Это может быть связано со сложной анатомической конфигурацией элементов полости носа и недостаточной визуализацией ее задних отделов при передней риноскопии с выраженным глоточным рефлексом и беспокойным поведением пациента, затрудняющим или делающим невозможным выполнение задней риноскопии. Подобные ситуации в практической деятельности оториноларингологов нередки, и одним из главных методов исследования, помогающих выработать единственно верной тактики лечения, можно считать эндоскопию полости носа и носоглотки.

В своей работе мы используем жесткие риноскопы и эндоскопическую систему производства отечественной фирмы "МЕДИКАП" (Казань). Под нашим наблюдением находились 39 пациентов (25 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 16 до 47 лет, которым для уточнения направляющего диагноза "хронический ринит" было необходимо проведение эндоскопии полости носа и носоглотки. Трех больных с экссудативным средним отитом осмотреть носоглотку при задней риноскопии было сложно из-за выраженного глоточного рефлекса, при эндоскопии носоглотки окклюзия глоточного устья слуховых труб не выявлена, и дополнительных хирургических вмешательств не потребовалось. У 2 пациентов основной причиной нарушения носового дыхания была гипертрофия глоточной миндалины, а диагноз был поставлен только после эндоскопического исследования. У 8 человек диагностированы хоанальные полипы, удаление которых под местной анестезией во много было облегчено использованием оптических средств. Антральная часть полипа была захвачена бран-шами щипцов, и во всех случаях полипы удаляли с минимальной кровопотерей.

У 10 из 26 пациентов с гипертрофическим ринитом проба с анемизацией слизистой оболочки носовых раковин была положительной, а эндоскопическое исследование подтвердило сокращение задних концов гипертрофированных нижних носовых раковин. Этой группе больных выполнена общепринятая методика с хорошим функциональным результатом. У 16 человек после применения сосудосуживающих капель задние концы нижних носовых раковин не сокращались, и дыхание через нос не улучшалось. В таких случаях нами была выполнена парциальная конхотомия. Под контролем эндоскопа после инфильтрационной анестезии слизистую оболочку раковины надсекали изогнутыми ножницами, а задний конец легко удаляли полипной петлей, при этом не травмировалась оставшаяся слизистая оболочка раковины. Только в двух случаях потребовалась тампонада носа на 1 сутки.

Таким образом, использование оптической аппаратуры во многом облегчает постановку верного диагноза, способствует правильному выбору способа хирургического лечения и делает возможным провести операцию максимально щадяще по отношению к слизистой оболочке полости носа.

Н. И. Баранова, С. С. Лиманский, Н. К. Починина

Реактивность Т-лимфоцитов в тесте Е-рок у больных с инфекционно-аллергическим ринитом

Кафедры оториноларингологии и аллергологии Пензенского института усовершенствования врачей

последние годы отмечается рост аллергических заболеваний, в структуре которых значительное место занимает аллергический ринит, обусловленный бактериальной сенсибилизацией. В нашей стране для диагностики сенсибилизации у больных инфекционно-аллергическим ринитом применяются кожные пробы с набором бактериальных аллергенов. Известно, что у больных инфекционно-аллергическим ринитом имеют место разнообразные нарушения в системах клеточного, гуморального и неспецифического звеньев иммунитета. В первую очередь страдает функциональная активность Т-лимфоцитов. Задачей современной иммунологии является разработка новых тестов, характеризующих реактивность основных клеток, участвующих в инфекционно-аллергическом процессе.

С этой целью нами был изучен метод оценки реактивности Т-лимфоцитов к аллергенам золотистого стафилококка и дрожжеподобных грибов рода Кандида в тесте Е-РОК у больных с инфекционно-аллергическим ринитом. По данным микробиологического обследования эти виды микроорганизмов наиболее часто высевались из очага инфекции. В качестве нагрузки на Т-лимфоциты были использованы вышеперечисленные аллергены производства Казанского НИИЭМ, применяемые для тестов *in vitro*. Опытным путем на здоровых донорах были подобраны концентрации данных аллергенов, которые вызывали ингибицию теста Е-РОК не более чем на 10%.

Исследования, проведенные на 37 больных с инфекционно-аллергическим ринитом, показали, что у 80% больных с сенсибилизацией к золотистому стафилококку и у 86,7% больных с сенсибилизацией к дрожжеподобным грибам рода Кандида наблюдалась ингибиция разеткиобразования в среднем на 24,5% и 18,5% соответственно. Нами также установлено, что показатели реактивности Т-лимфоцитов зависят от тяжести течения патологического процесса. У больных с наиболее тяжелым течением наблюдалось резкое повышение реактивности Т-лимфоцитов к этиологически значимым аллергенам в форме ингибирования розеткиобразования Т-лимфоцитов. При тяжелом течении снижение показателей Е-РОК составило в среднем 29%, при легком течении — 12%.

Таким образом, изучение реактивности Т-лимфоцитов может служить дополнительным методом для выявления этиологической роли возбудителя, оценки тяжести патологического процесса и эффективности проводимого лечения у больных с инфекционно-аллергическим ринитом.

Е. В. Борзов, В. И. Сахаров

Параназальные синуситы у детей

Ивановская медицинская академия

Проблема воспалительных заболеваний околоносовых пазух до настоящего времени сохраняет свою актуальность в оториноларингологии. Особый интерес представляют астные аспекты данной патологии. За период

ВОЗ]
199

—1996 гг. в детском ЛОР-отделении Ивановской областной клинической больницы находилось 267 детей с параназальными синуситами, что составило 14% от общего числа госпитализированных больных. Все дети были разделены на 4 группы: 1-я (1—3 года), 2-я (4—7 лет), 3-я (8—11 лет) и 4-я (12—14 лет). Групповой анализ позволил выявить определенные возрастные особенности воспалительных заболеваний околоносовых пазух у детей.

1. С возрастом отмечается отчетливый рост частоты параназальных синуситов (от 25 детей в 1-й до 100 в 4-й группе).

2. Во всех группах сохраняется одинаковое соотношение (1:2) между девочками и мальчиками.

3. У детей всех возрастов преобладают острые воспалительные процессы, однако по мере роста наблюдается увеличение доли хронических синуситов (от 12% в 1-й и 6,6% во 2-й, до 23,5% в 3-й и 31% в 4-й группах).

4. В младших возрастных группах имеет место в основном катаральный характер воспаления (72% в 1-й и 67,2% во 2-й). После 8 лет начинают преобладать гнойные процессы, достигая в 12—14 лет 60%. Полипозные синуситы наблюдаются лишь у детей старших возрастных групп, составляя соответственно 9,9% (3-я группа) и 7% (4-я группа).

5. У всех детей наблюдается преимущественное поражение верхнечелюстных пазух (92—98,4%), однако если в 1-й группе оно практически всегда сочетается с этмоидитом, то по мере роста детей частота воспаления клеток решетчатого лабиринта уменьшается до 52% (4-я группа). Поражение лобной пазухи впервые встречается во 2-й группе (1,6%). С возрастом доля фронтитов постепенно увеличивается, составляя 7,4% в 3-й и 14% в 4-й группе. Воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи отмечено только у одного ребенка в возрасте 12 лет.

6. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто отмечены аденоиды, причем частота их соответствует обычной возрастной динамике данного заболевания (1-я группа - 28%, 2-я - 52,7%, 3-я - 27,2%, 4-я - 18%).

7. У детей с параназальными синуситами осложнения наблюдаются в 8,2% случаев. Наиболее часто они встречаются в 1-й группе (32%), однако проявляются только реактивным отеком век. С возрастом доля осложнений уменьшается (2-я группа — 9,8%, 3-я — 4,9%, 4-я — 5%), однако тяжесть их усиливается (у двух детей имела место флегмона орбиты, у одного — менингоэнцефалит с тромбозом кавернозного синуса). Внутричерепные осложнения отмечены только у детей старшей (4-й) возрастной группы.

8. Параназальные синуситы в детском возрасте подпадают в основном консервативному лечению. Оперативное лечение показано лишь при наличии полипозного процесса, а также в случае развития внутриглазных и внутричерепных осложнений.

В. Ф. Воронкин

Аллергическая риносинусопатия, вызванная пылью риса

Кафедра болезней уха, горла и носа
Кубанской государственной
медицинской академии

Аллергические заболевания могут быть вызваны различными веществами, в том числе пылью растений. Учитывая, что Краснодарский край — один из основных рисосеющих районов нашей страны — является зоной высокой заболеваемости поллинозами, мы поставили задачу выяснить роль пыли риса в возникновении аллергических заболеваний носа и околоносовых пазух. Для выявления сенсibilизирующего воздействия пыли риса на верхние дыхательные пути нами обследовано 100 рисоводов, занятых возделыванием риса во время его прополки, цветения и уборки (20 мужчин и 80 женщин в возрасте от 20 до 50 лет). Стаж работы до 5 лет был у 52 человек, свыше 5 лет — у 48.

Характерные для аллергических заболеваний жалобы предъявляли 16 человек. Наиболее часто отмечались головные боли, зуд и заложенность носа, приступы чиханья, выделения из носа, явления конъюнктивита, кашель, сухость и першение в горле. Кроме того, некоторых рисоводов беспокоили зуд и высыпания на теле и верхних конечностях, недомогание. Следует отметить, что 14 из 16 человек, имеющих клинические признаки аллергического заболевания, проработали в рисоводстве более 5 лет. Всем обследованным были поставлены кожные скарификационные пробы с аллергенами пыли риса, а также с аллергенами пыли амброзии, подсолнечника, полыни, лебеды, свеклы и табака. Аллергены из пыли риса были приготовлены в Краснодарском краевом аллергологическом центре путем экстракции водно-солевым раствором (жидкость Кока) согласно требованиям МРТУ-42 "Инструкция по приготовлению неинфекционных аллергенов". Пыльцу собирали во время цветения риса (в конце июля — начале августа) с помощью специального модифицированного нами пылесборника (авторское свидетельство № 130). С целью изучения аллергенных свойств пыли риса производили ее фотографиярование под микроскопом при увеличении 10х90. Установлено, что пыльца риса имеет размеры от 20 до 35 мкм, т. е. относится к группе пылевых зерен, которые способны вызывать поллинозы.

Положительные скарификационные пробы (++,+++), полученные у 13 обследуемых, в том числе на аллергены пыли риса — у 0, лебеды — у 2 и аллерген из амброзии и подсолнечника — у 3 человек. Положительные кожные пробы, как правило, сочетались с жалобами на приступообразное чиханье, заложенность носа, наличие жидких слизистых выделений, недомогание и головную боль. При риноскопии отмечались бледность слизистой оболочки, умеренная отечность носовых раковин, жидкие выделения в носовых ходах. Носовое дыхание было в той или иной степени затруднено у всех пациентов. На рентгенограммах околоносовых пазух отмечены пристеночные утолщения слизистой оболочки, у 11 лиц выявлена эозинофилия периферической крови (более 4%), а у 9 — повышенное содержание эозинофилов в носовом секрете (4—5 в поле зрения). Таким образом, у 6 человек (по сочетанию трех и более признаков, характерных для сенсibilизации организма) установлен диагноз аллергической риносинусопатии, вызванной пылью риса.

Р. Ф. Гатиятуллин, Т. Б. Хайретдинова, Р. М. Файзуллина

Аллергические риносинуситы у частоболеющих детей

Башкирский государственный медицинский университет

В. Р. Гофман, В. В. Бондарук

Частота поражения задней группы околоносовых пазух по данным компьютерной томографии

Кафедра оториноларингологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург

Рост аллергических заболеваний в последние годы связан с увеличением антигенной нагрузки на организм ребенка в результате широкого применения антибиотиков и хи-миопрепаратов у часто болеющих ОРВИ детей, нерациональной вакцинопрофилактики, загрязнения окружающей среды экотоксикантами, нерационального питания и поступления в организм ксенобиотиков с продуктами сельского хозяйства. В структуре аллергических заболеваний процент поражения респираторного тракта, в частности, верхних дыхательных путей, по нашему мнению, может составлять до 75 — 80% от общего числа аллергических заболеваний у детей дошкольного возраста.

Наряду с энтеральным и аэрозольным путями проникновения аллергенов в организм детей необходимо особо отметить значение таких дополнительных источников аллергии, как хронические очаги инфекции в носоглотке, околоносовых пазухах, небных миндалинах, в полости рта и среднем ухе. Персистенция вирусной и бактериальной флоры в лимфоаденоидной ткани дыхательного тракта участвует в формировании хронического очага воспаления в ткани глоточной и небных миндалин и является важным компонентом в механизме развития аутоаллергии в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух. К особенностям течения аллергического процесса у детей следует отнести постепенное извращение иммунологических механизмов аллергии и переход моновалентной сенсибилизации в поливалентную. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей протекают как иммунологические реакции с выработкой различных классов антител. Так, атоническая форма аллергии протекает с гиперпродукцией реагинов — иммуноглобулина Е. Снижение концентрации иммуноглобулина А в сыворотке крови и носовом секрете в виде селективного иммунодефицита при относительно высоких концентрациях иммуноглобулинов М и G характерно для детей, страдающих аллергическими риносинуситами на фоне частых ОРВИ, что в свою очередь создает дополнительные условия для рецидивирования инфекционного процесса в слизистой оболочке дыхательного тракта из-за снижения ее барьерной функции и угнетения мукоцилиарного клиренса. У часто болеющих детей аллергические заболевания протекают при дефиците неспецифических факторов защиты и снижении общего уровня показателей клеточного иммунитета в реакции спонтанного розеткообразования.

К подобной трактовке вопросов этиологии и патогенеза аллергических заболеваний привели нас данные обследования 1200 детей дошкольного возраста, проживающих в различных регионах республики Башкортостан. При этом использовались современные клинические эндоскопические, иммунологические и функциональные методы диагностики аллергических заболеваний.

Проанализированы 656 компьютерных томограмм (КТ) головного мозга (выборка носила случайный характер). Только в 238 случаях томографические срезы были проведены через решетчатый лабиринт, что дало возможность оценить его состояние. Пациенты были направлены на КТ-исследование терапевтами, невропатологами, нейрохирургами и офтальмологами. Случаи, когда КТ-исследование выполнялось по ЛОР-показаниям, не учитывались.

При анализе компьютерных томограмм патология решетчатого лабиринта констатировалась лишь в тех случаях, когда визуализировалась слизистая клетчатка решетчатой кости. Такой подход основывался на данных М. С. Плужникова и Г. В. Лавреновой (1990) и С. В. Кузнецова (1993), которые считают, что здоровая слизистая оболочка околоносовых пазух не видна при этом методе исследования. Следовательно, даже при отсутствии клинических признаков воспаления в околоносовых пазухах, визуализация их слизистой оболочки при КТ-исследовании может служить достоверным признаком воспалительного процесса в пазухах или результатом стойких изменений после перенесенных заболеваний.

При анализе 238 КТ головного мозга, по которым можно было судить о состоянии решетчатого лабиринта, признаки этмоидита были выявлены у 79 пациентов. Ни один из этих пациентов не предъявлял жалоб, связанных с состоянием ЛОР-органов. В 10 случаях имелось сочетание этмоидита со сфеноидитом. Патологические изменения в решетчатом лабиринте и клиновидной пазухе характеризовались различной степенью утолщения слизистой оболочки. Сочетанного воспаления решетчатого лабиринта и лобных пазух не отмечено ни в одном случае.

Провести сравнительную оценку частоты поражения всех околоносовых пазух оказалось невозможным в связи с тем, что лишь в 14 исследованиях томографические срезы доходили до верхнечелюстных пазух. Это составило менее 6% от общего количества случаев, по которым определялось состояние решетчатого лабиринта. Основными показаниями для направления пациентов на КТ-исследование были упорные головные боли, которые плохо поддавались медикаментозному лечению. Исследование проводилось с целью исключить новообразование головного мозга, арахноидит и нарушение ликвородинамики. Таких пациентов было 74, что составило 93,5% от общего числа выявленных этмоидитов. У 5 больных (6,5%) основной жалобой было прогрессирующее снижение зрения, или диплопия, и они направлялись на КТ-исследование, чтобы исключить патологические процессы в зрительном нерве и глазнице.

Выявленную патологию решетчатого лабиринта мы относим к категории латентно протекающих синуситов. По определению А. И. Фельдмана (1929), латентными синуситами называют те, которые протекают скрыто, незаметно для больного и даже для врача; их симптомы практически отсутствуют и только осложнение со стороны соседних органов заставляет больного и врача обратить внимание на патологию околоносовых пазух.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

— высокий процент латентных этмоидитов (33,2%) у больных с жалобами на упорные головные боли, снижение зрения, которое не корректируется и не может быть объяснено патологией самого глазного яблока, должны ориентировать оториноларингологов на диагностику латентно протекающих синуситов;

— отсутствие патологии головного мозга и его оболочек на КТ у таких больных должно служить побудительным мотивом для проведения томографических срезов через околоносовые пазухи и тщательного анализа полученных результатов.

Л. Л. Державина, В. С. Козлов, С. К. Жуков, А. А. Шиленков

Современные неинвазивные компьютерные методы исследования в оценке результатов хирургического лечения хронического синусита

Ринологический центр, Ярославская областная клиническая больница

работе ринохирурга постоянно ощущается недостаток методов исследования для объективизации послеоперационных результатов. Компьютерная томография из-за высокой стоимости часто является непоколебимой роскошью, к тому же выполнение ее неоднократно одному пациенту небезопасно из-за лучевой нагрузки. Новым этапом развития компьютерных технологий стала разработка риноманометров, основанных на принципе передней активной риноманометрии, а также акустических ринометров. Данные приборы позволяют установить объем воздушного потока, сопротивление воздушной струе, площадь поперечного сечения полости носа и ее объем. Важной является также возможность количественной оценки показателей, сохранение их в памяти компьютера и сравнение параметров в течение всего периода наблюдения за пациентом.

Методы акустической ринометрии (АР) и передней активной риноманометрии (ПАРМ) были применены при обследовании 60 больных с хроническим полипозным и полипозно-гнойным синуситом. Исследование проводилось до хирургического вмешательства, через 3, 6 и 12 месяцев после операции. С целью устранения влияния носового цикла АР и ПАРМ выполнялись дважды, первый раз до использования деконгестантов и второй раз через 20 минут после нанесения на слизистую оболочку полости носа раствора ксилометазолина. Оба метода позволяют получить информацию о состоянии каждой половины полости носа отдельно, что не совсем удобно для клинического анализа. По нашему мнению, суммарная оценка показателей для обеих половин носа более полно отражает их динамику. При анализе данных АР оценивались показатели общей минимальной площади поперечного сечения (ОМППС-1) на расстоянии до 32 см от входа в нос; ОМППС-2 на расстоянии от 32 до 64 мм, а также суммарный общий объем носовой полости (СОО). С помощью метода ПАРМ проводилась оценка суммарного объема потока (СОП) и суммарного сопротивления (СС). Исследование при помощи методов АР и ПАРМ в интервалы 3, 6 и 12 месяцев позволяет оценивать динамику состояния носового дыхания, вовремя отметить ухудшение и назначить адекватную терапию.

О. В. Дерюгина, Р. М. Пархимович

Клинические особенности риноцеребральной формы мукормикоза

ЛОР-клиника МОНИКИ, Москва

Осведомленность оториноларинголога в вопросах эпидемиологии, патогенеза и клиники риноцеребрального мукормикоза дает возможность своевременно начать адекватное лечение одной из наиболее молниеносных форм грибковых заболеваний, поражающих диабетиков. В типичных случаях страдают больные с декомпенсированным кетоацидозом (ДКА). Экспериментальные исследования установили, что сыворотка больных с ДКА не ингибирует рост грибов. Этот факт нашел объяснение в нарушении связей железа с трансферрином и повышении уровня содержания железа в крови. Плесневые грибы рода *Mucor* класса *Phycomycetes*, в виде спор попадающие в носоглотку, являются железозависимыми. Предрасполагающие к развитию этой формы мукормикоза условия могут сложиться у больных с лейкозом, при проведении гемодиализа, а также при применении десферала у больных гемосидерозом, гемохроматозом и острым отравлении железом, так как комплекс десферал — железо тоже является питательной средой для грибов. Наибольшая уязвимость больных сахарным диабетом обусловлена снижением у них синтеза белка, в том числе антител, что приводит к нарушениям в системе антиинфекционной резистентности. Быстрое прогрессирование процесса связано с инвазией грибом сосудов, их окклюзией и некрозом тканей, которые васкуляризируют эти сосуды.

Обычно у больных возникает лихорадка и нарушения сознания даже при скорректированных диабетических нарушениях. На рентгенограммах околоносовых пазух выявляется лишь пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи. Компьютерная томография головного мозга помогает определить распространенность процесса. Диагноз подтверждается обнаружением гифов-элементов грибов в биоптате. Изменения ликвора неспецифичны. Антимикотическая терапия трудна из-за локализации возбудителя в плохо васкуляризованных полостях и в очагах некроза. Поэтому необходимо активное хирургическое лечение на фоне консервативной терапии.

Приводим демонстративное наблюдение риноцеребрального мукормикоза у 13-летней девочки с впервые выявленным сахарным диабетом и кетоацидозом. Первыми клиническими проявлениями у нее мукормикоза были умеренный левосторонний экзофтальм, ограничение движений глазного яблока, амвроз, инъекция сосудов склеры и образование грязно-серого налета на твердом небе. После установки диагноза резкое ухудшение состояния больной, расцениваемое как тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, явилось причиной отказа от хирургического вмешательства. По мере прогрессирования болезни появился отек левой половины лица, слизистая оболочка полости носа, твердого и мягкого неба приобрела вид сухой гангрены (черный струп). В последующем отмечено западение спинки носа в результате образования обширной перфорации носовой перегородки, образовался дефект твердого и мягкого неба. Благодаря интенсивной терапии больная прожила почти месяц и погибла от желудочного кровотечения и отека головного мозга. На повторных компьютерных томограммах — разрушение стенок левой верхнечелюстной пазухи, решетчатой клиновидной кости слева, абсцессы левой лобной и височной долей головного мозга. На вскрытии помимо указанных изменений отмечены очаговый менингит и

тромбоз кавернозного синуса и левой внутренней яремной вены с нагноением тромба. Наше наблюдение говорит о неэффективности консервативного лечения риноцеребрального мукормикоза без своевременного хирургического вмешательства.

И. П. Енин, Н. А. Сиволова

Особенности поражения респираторного тракта у детей при сезонных аллергических риносинуситах (поллинозах)

Ставропольская государственная медицинская академия

Климато-географические условия Ставрополя, неблагоприятная экологическая обстановка, отсутствие планомерных агротехнических мероприятий по борьбе с пылью, лебедой и другими сорными травами способствуют распространению аллергических заболеваний среди населения южных регионов России.

У подавляющего большинства (96,8%) из 128 обследованных нами детей первичные проявления респираторных аллергозов почти всегда начинались с затруднения носового дыхания, обильных водянистых выделений из полости носа, слезотечения и гипосмии. При риноскопии выявлялись изменения, характерные для сезонного аллергического ринита: бледно-розовая или бледно-синюшная, с резко выраженным отеком слизистая оболочка полости носа; увеличенные носовые раковины, нередко соприкасающиеся с носовой перегородкой. Отмечалось повышенное содержание эозинофилов в крови и носовом секрете, высокая степень сенсибилизации к пыльце амброзии и высокий уровень сывороточного специфического IgE.

Однако у 4 детей клинические проявления респираторного аллергоза первоначально выражались преимущественной патологией со стороны нижних отделов дыхательного тракта. В период цветения сорных трав, чаще в ночное время, у них появлялись приступы мучительного кашля, сопровождающиеся неприятными ощущениями в грудной клетке, покраснением лица, иногда рвотой. Приступы кашля напоминали картину коклюшной инфекции. В легких прослушивались влажные хрипы. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки на фоне повышенной прозрачности легочной ткани отмечалась периваскулярная инфильтрация и усиление сосудистого рисунка.

Несмотря на то, что основные клинические проявления поллиноза у этих детей отмечались со стороны нижних дыхательных путей, при ринологическом исследовании у них прослеживались и патологические изменения полости носа и околоносовых пазух, характерные для аллергических риносинуситов. Хотя они были и менее выраженными по сравнению с изменениями в основной группе обследованных, данные риноцитогрaмм, бледность, синюшность и отечность слизистой оболочки носа, рентгенологические и иммунологические изменения указывали на единство этиологии и патогенеза поражения верхних и нижних отделов дыхательного тракта.

Сочетанное поражение верхних и нижних отделов дыхательных путей у детей, страдающих поллинозами, прослеживается в процессе динамического наблюдения за данным контингентом больных. Так, у детей, длительно страдающих сезонными риносинуситами, особенно у тех, которые не получали специфической им-

мунотерапии, постепенно развиваются аллергические трахеобронхиты, а в дальнейшем и бронхиальная астма. Сочетанное поражение респираторного тракта у детей старшего возраста встречается довольно часто и, как правило, заболевание приобретает хронический характер. Нередко у таких больных на фоне выраженных клинических проявлений бронхиальной астмы выявляются множественные мелкие полипы в полости носа, а затруднение носового дыхания становится постоянным.

Таким образом, поражения респираторного тракта при поллинозах у детей весьма разнообразны. Начинаясь чаще в шоковом органе, они сначала проявляются сезонными аллергическими риносинуситами, в дальнейшем патологический процесс усугубляется и распространяется на нижние отделы дыхательного тракта. Поэтому своевременное выявление и комплексное лечение аллергических риносинуситов может предотвратить тяжелые осложнения со стороны нижних дыхательных путей.

Г. П. Захарова

Состояние мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при хронических риносинуситах

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи МЗ РФ

В данной работе представлены результаты комплексного обследования 30 больных хроническим риносинуситом в возрасте 40 лет. Группу контроля составили 20 практически здоровых человек. Основное место в исследовании занимало изучение мукоцилиарного транспорта. Использовались клинические, биофизические, гистологические и электронно-микроскопические методы. Был разработан метод клинической оценки мукоцилиарного транспорта. Объективизация результатов осуществлялась с помощью эндоскопической аппаратуры и видеотехники. Для биофизической оценки мукоцилиарного транспорта использовался метод прижизненной телевизионной микроскопии с компьютерным анализом изображения.

В результате комплексного исследования состояния мукоцилиарного транспорта у 30 больных хроническим риносинуситом получены следующие данные. Обнаружено достоверное уменьшение скорости мукоцилиарного транспорта, нарушение всасывательной и выделительной функции слизистой оболочки полости носа у больных хроническим риносинуситом. Наблюдение за продвижением индикаторного вещества в полости носа выявило его особенности у больных по сравнению со здоровыми.

Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух больных хроническим риносинуситом выявило присутствие метаплазии эпителия по плоскоклеточному типу. Наблюдалась участки с единичными реснитчатыми клетками без цилиарного покрова, а также участки десквамации эпителия. Электронномикроскопическое исследование операционного материала показало, что аномалии строения ресничек проявлялись как в патологических изменениях их внутренней структуры, так и в

различных нарушениях мембраны. При длительных сроках заболевания для всех типов клеток эпителия было характерно наличие деструктивных признаков. Реснитчатые клетки полностью утрачивали микровилли, уменьшалось количество ресничек, среди которых значительно чаще встречались аномальные волоски. В цитоплазме мерцательных клеток наблюдались вакуолизация митохондрий и разбухание цистерн аппарата Гольджи. В бокаловидных клетках секреторные гранулы были заполнены разрыхленным содержимым и часто не имели характерного электроноплотного включения.

Таким образом, у больных хроническим риносинуситом обнаружено значительное нарушение мукоцилиарного транспорта, а также морфологические изменения на клеточном и субклеточном уровнях.

Стойкое нарушение функции цилиарных клеток имеет важное значение в патогенезе хронических риносинуситов. Поэтому разработка методов коррекции обнаруженных патологических изменений мукоцилиарного транспорта представляется в настоящее время особенно актуальной.

D

И. И. Камалов, Х. А. Алиматов, А. И. Сабиров

Сравнительная оценка результатов лечения синуситов

Казанский медицинский университет

Количество публикаций, отражающих отдаленные результаты функциональных эндоскопических операций на околоносовых пазухах (ОНП), возрастает. Отсутствие единой схемы оценки делает сравнение результатов оперативного лечения затруднительным. В связи с этим необходимы система унифицированной оценки тяжести заболевания и объективные критерии эффективности произведенного хирургического вмешательства.

С введением в широкую практику компьютерной томографии и функциональной эндоскопической хирургии ОНП многими зарубежными авторами (S. Hoffman, 1989; A. Sogg, 1989; H. Levine, 1990; B. Matthew, 1991; W. Lawson, 1991; D. Kennedy, 1992; R. Gaskins, 1992; V. Lund, 1993; P. Iwens, 1994; W. Friedman, 1995) предпринимались попытки выделить стадии хронического синусита на основе одного или нескольких признаков: объема поражения ОНП, анатомических вариантов, наличия аллергии, бронхиальной астмы, полипов, объема предполагаемой операции и др. В частности, D. Kennedy (1992) предложил выделять четыре стадии хронического синусита в зависимости от объема поражения ОНП по данным компьютерной томографии и интраоперационных находок. Оценка на основании эндоскопического исследования включала в себя деление на три группы: отсутствие полипов, полипы в среднем носовом ходе и диффузный полипоз. На наш взгляд, стадирование хронического синусита по указанному признаку отражает предоперационный статус и представляет возможность придерживаться единой схемы при сравнении результатов лечения.

По нашим наблюдениям, эндоскопическая картина полости носа и оперированных пазух в отдаленном послеоперационном периоде объективно отражала результаты операции в отличие от субъективной оценки больного и передней риноскопии. Нередко при эндоскопическом осмотре определялись признаки хронического воспаления (участки гипертрофии слизистой обо-

лочка, отделяемое, полипы), даже если отсутствовали жалобы больного и передняя риноскопия не выявила изменений слизистой оболочки.

При лечении больных с острым синуситом и обострением хронического синусита нами разработана собственная схема количественной оценки результатов. За основу были взяты три признака: рентгенологические изменения, проходимость естественного соустья ОНП и активность мукоцилиарного транспорта. Рентгенологическая оценка производилась на основе рентгенограмм, сделанных в носо-подбородочной проекции. Степень пневматизации верхнечелюстной, клиновидной и лобной пазух оценивали по 4-балльной системе следующим образом: 0 — нормальная пневматизация, 1 — утолщение слизистой оболочки до 4 мм, 2 — снижение пневматизации до 50% объема пазухи, 3 — от 50 до 75%, 4 — более 75%. Степень снижения пневматизации решетчатого лабиринта оценивали по двухбалльной системе: 0 — нормальная пневматизация пазухи, 1 — частичное и 2 — тотальное снижение пневматизации. Проходимость естественного соустья верхнечелюстной и лобной пазух определялась по результатам пункции, предусматривающей три степени нарушения проходимости соустья (А. С. Лопатин, 1995), максимальное количество баллов для каждой пазухи — 3. Транспортная функция мерцательного эпителия оценивалась по результатам сахариновой пробы: 0 — норма (время транспорта сахарина — до 20 минут), 1 — 21—30 минут, 2 — 31—45 минут, 3 — более 45 минут. Результаты сахаринового теста не включались в общий подсчет баллов. Таким образом, при одностороннем поражении всех ОНП и полной блокаде соустьев верхнечелюстной и лобной пазух максимальное количество баллов составляет 20.

И. Ф. Кандауров

Реоринографические исследования сосудистой системы слизистой оболочки полости носа у детей, больных ревматизмом

Кемеровская государственная медицинская академия

С использованием устройства собственной конструкции — электродов для эндоназальной ринореографии (РРГ) (И. Ф. Кандауров, 1974), нами произведено РРГ-исследование нижних носовых раковин у 20 здоровых детей и у 65 детей, больных активной фазой ревматизма, в возрасте от 5 до 15 лет.

Ринореограммы нижних носовых раковин здоровых детей характеризуются довольно быстрым подъемом, медленным спуском, достаточно высокой амплитудой, закругленной вершиной и хорошо выраженным одним дикротическим зубцом, расширенным на границе верхней и средней трети нисходящей части кривой. Динамика показателей РРГ у детей, больных активной фазой ревматизма, свидетельствует о том, что активный ревматический процесс сопровождается снижением эластичности и растяжимости сосудистой системы слизистой оболочки носа: у 48 из 65 обследованных больных отмечалось удлинение анакроты, укорочение катакроты и повышение тонического напряжения. У 28 больных была достоверно увеличена амплитуда РРГ-волн, уменьшена их продолжительность, понижено основное сопротивление, что свидетельствует об у силе-

нии кровотока в сосудистой системе слизистой оболочки полости носа. У 20 больных с клапанными пороками сердца отмечалась неустойчивость РРГ-комплексов, уменьшалась высота и продолжительность РРГ-волн, повышалось основное сопротивление. Что касается внесердечных проявлений ревматизма (хорея, полиартралгия), то они, по нашим данным, не оказывали существенного влияния на изучаемые количественные показатели РРГ. В период клинического улучшения в течении ревматического процесса после 1,5—2-месячного курса противоревматического лечения отмечалась тенденция к восстановлению нормальных гемодинамических процессов в слизистой оболочке полости носа, однако средние показатели у 30 больных (4 — с первой и 26 — с повторными атаками ревматизма) были еще далеки от РРГ здоровых детей. Внутригрупповой анализ показателей РРГ позволил установить, что более выраженная положительная гемодинамика наблюдается у больных с первой атакой, II—III степенью активности при остром и подостром течении ревматического процесса. У больных с повторными атаками, непрерывно рецидивирующем и латентном течении ревматического процесса медленно идет нормализация гемодинамических расстройств со стороны слизистой оболочки носа.

Таким образом, реоринография слизистой оболочки носа в определенной мере отражает динамику течения ревматического процесса, степень выраженности функционально-морфологических расстройств сосудистой системы слизистой оболочки носа при данном заболевании.

И. Ф. Кандауров

Цитоморфологические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей у детей, больных ревматизмом

Кемеровская государственная медицинская академия

Изучены препараты-перепечатки с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей у 195 детей в возрасте от 5 до 15 лет, из них 50 детей были здоровы, 145 — страдали активной фазой ревматизма. При анализе результатов цитологических исследований перепечатков со слизистой оболочки полости носа и задней стенки глотки у детей, больных активной фазой ревматизма, отмечено, что в большинстве препаратов нейтрофильные лейкоциты покрывали все поле зрения, значительная их часть была дегенерирована, а фагоцитарная активность резко снижена. Эозинофилы и плазматические клетки обнаружены не во всех препаратах. Эпителиальные клетки, число которых колебалось в пределах от 10—12 до 20 и выше в поле зрения, располагались пластинами и значительная часть их находилась в состоянии некролиза. Микробы встречались внеклеточно и диффузно покрывали эпителиальные клетки. Обнаруженные нами изменения в перепечатках свидетельствуют о том, что ревматический процесс вызывает изменения воспалительного характера в слизистой оболочке верхних дыхательных путей, проявляющиеся в усиленной десквамации поверхностного эпителия и миграции лейкоцитов на поверхность слизи-

той оболочки, снижении фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов прямо пропорционально тяжести ревматического процесса.

В период клинического выздоровления у подавляющего большинства больных отмечалась тенденция к нормализации цитограммы: в перепечатках уменьшалось количество лейкоцитов, они лучше окрашивались, повышалось количество лимфоцитов, фагоцитирующих лейкоцитов, уменьшалось количество эпителиальных клеток и свободно лежащих микробных тел. Однако средние показатели цитограмм как с поверхности слизистой оболочки полости носа, так и задней стенки глотки у больных через 1—1,5 месяца после проведенного лечения были еще далеки от показателей цитограммы здоровых детей.

Таким образом, цитологическое исследование дает более полное представление о характере патологического процесса, развивающегося в покровном эпителии слизистой оболочки верхних дыхательных путей при ревматизме у детей. Данный метод исследования технически прост и может быть использован при диспансеризации больных ревматизмом как один из показателей патологического процесса слизистой оболочки верхних дыхательных путей, а также как дополнительный критерий успешности проводимого лечения.

Морфогистохимическому исследованию была подвергнута слизистая оболочка нижних носовых раковин, удаленных у 30 больных хроническим гипертрофическим ринитом и ревматизмом и у 10 детей, больных только хроническим гипертрофическим ринитом. Исследования позволили установить, что при развитии ревматизма появляются признаки более интенсивного вовлечения в иммунологический процесс многих потенциально способных к этому клеток слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Это прежде всего выражается в появлении зрелых плазмочитов, тучных клеток, клеток лимфоидного ряда в ткани слизистой оболочки. Подобная картина свидетельствует о том, что именно ревматическому процессу свойственно наибольшее напряжение клеточных реакций иммуногенеза.

А. С. Киселев, В. В. Бондарук

Функциональная активность реснитчатых клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки различных отделов носа в норме и при патологии

Кафедра оториноларингологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург

Критерием оценки состояния слизистой оболочки носа была функциональная активность реснитчатых клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки (СО) носа. Этот показатель определялся при микроскопии соскобов со СО носа и отражал процент клеток с подвижными ресничками по отношению ко всем обнаруженным при микроскопии реснитчатым клеткам. Определение прижизненной функциональной активности реснитчатых клеток мы провели у 4 групп обследуемых. 1-я группа (контрольная) — это здоровые лица; 2-я группа — больные с наличием воспаления в клетках решетчатого лабиринта, сочетающегося с воспалением в других пазухах; 3-я группа — с изолированным вое-

палением в верхнечелюстной пазухе и 4-я группа — с искривлением перегородки носа.

Проведенное исследование функциональной активности реснитчатых клеток мерцательного эпителия СО различных отделов носа в контрольной группе (26 человек) выявило, что этот показатель практически идентичен для слизистой оболочки средних и нижних носовых раковин и составляет 78,9% и 78,1% соответственно. При исследовании этого показателя у больных с изолированным острым верхнечелюстным синуситом (14 человек) было обнаружено, что он значительно отличался от показателей в группе здоровых лиц. Он составил 2,1% для СО нижней носовой раковины и 42,6% для СО средней носовой раковины. Таким образом, функциональная активность реснитчатых клеток мерцательного эпителия СО при остром гнойном верхнечелюстном синусите практически отсутствует на СО нижней носовой раковины и в 2 раза снижена на СО средней носовой раковины. Результаты исследования этого показателя в группе больных с воспалением в пазухах решетчатой кости показали, что он также приближается к нулю на СО нижней носовой раковины и в среднем равен 4,0%, при этом на СО средней носовой раковины максимально низкий среди всех групп обследованных — 21,8%. Показатель функциональной активности реснитчатых клеток мерцательного эпителия на СО средней носовой раковины у больных с этмоидитом статистически достоверно ($p < 0,001$) отличается от такого же показателя у больных с изолированным верхнечелюстным синуситом и здоровых лиц.

Проведенное перед оперативным лечением исследование в группе больных с искривлением перегородки носа выявило, что показатель функциональной активности реснитчатых клеток мерцательного эпителия на СО нижней носовой раковины со стороны искривления неодинаково снижен относительно этого показателя в контрольной группе. Так, у больных с искривлением перегородки носа в костном (глубоком) отделе функциональная активность реснитчатых клеток мерцательного эпителия в среднем составила 63,0%, а у больных с искривлением перегородки носа в хрящевом отделе — 35,7%. Последнее, по-видимому, связано с тем, что искривление в хрящевом отделе вызывает раздражение СО носа именно в передних отделах, где выполнялся забор материала. При искривлении перегородки носа в костном отделе раздражение СО происходит дальше того места, где выполнялся соскоб слизистой оболочки для исследования.

Снижение значений функциональной активности реснитчатых клеток мерцательного эпителия СО нижних носовых раковин на противоположной искривлению перегородки носа стороне в пределах 67,5% при искривлении перегородки в костном отделе и 55,7% при искривлении перегородки в хрящевом отделе, характеризует патологические изменения, которые возникают в результате асимметрии носового дыхания.

Подводя итоги полученных результатов показателя функциональной активности реснитчатых клеток мерцательного эпителия на СО средней и нижней носовой раковины, можно предложить исследовать этот показатель в качестве дополнительного объективного критерия дифференциальной диагностики распространности воспалительного процесса в околоносовых пазухах, а также использовать его для оценки функциональных нарушений мерцательного эпителия СО носа, вызванных искривлением перегородки носа.

Л. М. Ковалева, М. В. Дроздова, А. В. Полевщиков

Сравнение показателей общего и секреторного гуморального иммунитета у детей с риносинуситами

Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи МЗ РФ

Слизистая оболочка носоглотки и околоносовых пазух имеет несколько механизмов защиты от проникновения различных патогенов. К ним относятся гликопротеиды, сек-ретулируемые бокаловидными клетками и блокирующие адгезию бактерий к эпителию, лизоцим, компоненты комплемента и иммуноглобулины, которые вносят весьма заметный вклад в элиминацию патогенов. Цель настоящей работы состояла в изучении показателей общего иммунитета, микрофлоры околоносовых пазух и сравнительной оценке уровней иммуноглобулинов классов А, М, G и комплемента в крови, секрете околоносовых пазух и слюне у 125 детей с рецидивирующим течением риносинусита в возрасте 6—10 лет. Больные наблюдались в течение 2—3 лет.

Содержание нейтрофильных гранулоцитов (НФ) различных степеней зрелости определяли в клиническом анализе крови, для оценки фагоцитарной активности нейтрофилов крови использовали определение фагоцитарного числа (ФЧ), процент нейтрофилов с фагоцитированным материалом и фагоцитарный индекс. Процентное содержание Т- и В-лимфоцитов в периферической крови определяли методом розеткообразования с эритроцитами барана (ЭБ) и ЭБ нагруженными гемолитической сывороткой и комплементом (Е- и ЕАС-розетки). Уровни иммуноглобулинов в сыворотке, содержимом пазух и слюне измеряли в реакции радикальной иммунодиффузии в геле по Манчини и выражали в микрограммах в 1 мл (мкг/мл).

В зависимости от эффективности лечения и клинического течения больные, были разделены на 3 группы. Полученные результаты указывают на существенные различия между больными детьми в обследованных группах. Течение патологического процесса сопровождалось приростом числа палочкоядерных НФ. Отсутствие такого прироста числа сегментоядерных НФ в периферической крови дает основание для неблагоприятного прогноза, а результаты исследования фагоцитарной функции НФ указывают на наличие дисфункции нейтрофилов крови при этих патологиях. Результаты по торможению миграции лейкоцитов открывают прямую взаимосвязь между тяжестью процесса и ослаблением продукции иммуномедиаторов. Развитие патологического процесса, охватывающего слизистые оболочки, может сопровождаться снижением числа циркулирующих В-лимфоцитов, часть которых мигрирует в ассоциированные со слизистыми оболочками периферические лимфоидные органы. Поэтому отсутствие снижения числа В-клеток периферической крови можно рассматривать как свидетельство неблагоприятного течения заболевания.

Концентрации сывороточных иммуноглобулинов остаются весьма стабильными при гайморитах различной тяжести. Оценка уровней иммуноглобулинов в содержимом пазух была более информативной. Обращает на себя внимание, что в норме мы не нашли определяемых концентраций иммуноглобулина М при низких уровнях иммуноглобулина G и А. При патологическом процессе уровни Ig указанных классов возрастают в десятки и сотни раз. При этом величина прироста прямо связана с тяжестью процесса.

Полученные результаты дают основание считать, что у детей с рецидивирующим течением риносинусита иммунологические показатели могут быть использованы для оценки тяжести воспалительного процесса и прогнозирования течения заболевания. Клинические наблюдения показывают зависимость уровней секреторных иммуноглобулинов и СЗ-компонента комплемента от тяжести процесса, что свидетельствует об активированном состоянии местного иммунитета.

С. В. Коренченко, Е. А. Сухачев, И. А. Калашников

Микрогемоциркуляторные изменения при аллергическом рините

Клиника доктора Коренченко, Самара

Аллергический ринит (АР) относится к заболеваниям, которые занимают все более заметное место в структуре общей заболеваемости (от 10 до 20% взрослого населения, N. Mygind, 1993). В основе развития симптомов АР лежат воспалительные процессы, вызываемые аллергенной стимуляцией, реализуемые через IgE-обусловленный иммунный механизм (R. Naclerio et al, 1985). Клинически эффекты воспалительных медиаторов реализуются главным образом через микрогемоциркуляторную систему носа, поэт

может служить интегральным показателем фазы воспаления (С. В. Коренченко, 1986, S. Korenchenko et al, 1996).

Целью работы было изучение последовательности сосудистых реакций при круглогодичном АР в сопоставлении с некоторыми иммунологическими показателями. Основным методом исследования была непрямо компьютерная ринореография (РРГ) (С. В. Коренченко, 1986, S. Korenchenko et al, 1996). Всего за период с 1986 по 1996 год нами было обследовано 300 больных круглогодичным АР. Анализ полученных результатов позволил определить в развитии АР ряд последовательно сменяющихся друг друга, достаточно дифференцированных патологических состояний, что дало основание выделить в развитии заболевания 4 стадии, названные нами по ведущему РРГ-признаку. Это вазотоническая стадия и стадии вазодилатации, хронического отека и гиперплазии.

Показатели РРГ в различных стадиях представлены в таблице 1.

У 132 пациентов с круглогодичным АР были исследованы показатели системного иммунитета. Результаты, демонстрирующие различие основных фаз сосудистых изменений ($p < 0,05$), представлены в таблице 2.

Результаты представленных исследований позволяют при формулировке диагноза АР детализировать и стадию (или фазу) процесса, что служит руководством к выбору правильной тактики лечения, например: аллергический ринит, стадия вазодилатации; аллергический ринит, стадия хронического отека.

D

Таблица 1

	Стадия			
	I	II	III	IV
Реографический индекс	5,5±0,9	4,7±0,3	2,8±0,3	1,7±0,2
Диастолический индекс	84,6±1,5	96,9±1,2	100,9±1,3	100,1±1,1
Коэффициент а/Т	36,4±1,1	22,1±1,1	17,2±1,2	35,6±1,2

Таблица 2

	Стадии ринита			
	I	II	III	IV
	Число больных			
	12	42	48	30
cd3+	63,75±0,94	69,39±0,67	72,71±0,73	72,53±1,17
cd4+	36,75±2,38	42,63±0,82	46,42±0,73	46,03±0,89
cd8+	25,00±2,25	24,59±0,36	23,79±0,36	24,07±0,51
cd16+	4,75±1,13	5,41±0,44	7,63±0,41	8,67±0,74
cd20+	11,25±0,44	12,46±0,42	15,00±0,40	15,73±0,49
IRI	1,57±0,23	1,78±0,05	1,99±0,05	1,96±0,06
IgA	1,10±0,05	1,51±0,06	1,92±0,07	1,81±0,06
IgM	0,68±0,08	0,90±0,04	1,03±0,04	0,97±0,05
IgG	7,05±0,73	11,72±0,79	16,28±0,83	15,85±1,09
IgE	87,25±22,13	323,17±25,63	477,83±30,68	502,10±54,79
фибринект.	97,52±8,84	248,94±27,53	390,73±40,04	330,17±39,30

А. П. Кравчук

Исследование гемодинамики слизистой оболочки носа и носового дыхания с помощью трансиллюминационной пульсспирографии

Ижевская государственная медицинская академия

настоящее время при различных заболеваниях носа недостаточно используются функциональные методы исследования. Это объясняется их несовершенством и недостатком информации, получаемой, в частности, при ри-нопневмометрии, прижизненной микроскопии и тер-

мографии. Остается проблемой и диагностика внутри-органной гемодинамики при субатрофических и атрофических ринитах, вазомоторных риносинусопатиях, воспалительных заболеваниях, новообразованиях носа и околоносовых пазух. Гемодинамические показатели при системной и локальной гипо- и гипертензии могут изменяться вплоть до необратимой ишемии под влиянием различных консервативных методов лечения — фармакологических, физиотерапевтических, эфферентных, физических и других.

Ранее нами был предложен метод трансиллюминационной пульсспирографии. Суть метода заключается в том, что в условиях инфракрасного или видимого излучения используется фотодатчик, который регистрирует изменения оптической плотности слизистой оболочки носа и носовое дыхание. При этом возможна регистрация пульсовой оптической плотности, отражающей интраорганную гемодинамику, а также непупульсовой, характеризующей носовое дыхание. Сконструирован прибор, состоящий из принимающего, усиливающего и регистрирующего устройств. Оптипару помещали в воспринимающее устройство в виде зонда. В качестве усилителя и регистратора использовался усовершенствованный электрокардиограф со стандартной оптической калибровкой и скоростью движения ленты 7 мм/сек. У пациентов с различной патологией носа пульсспирография позволяет исследовать одновременно как интраорганную гемодинамику, так и носовое дыхание. Для исследования количественных показателей насыщения слизистой оболочки носа кислородом в норме и при патологии проводилась пульсоксиметрия. Ранее этот метод не применялся в оториноларингологии. Его преимуществом является получение количественной информации о степени насыщения кислородом исследуемых тканей. Кроме того, компьютерная дешифровка информации облегчает изучение гемодинамических критериев при различной патологии.

Стандартная оптическая калибровка позволила провести сравнение интактных объектов в условиях различной оптической плотности и нестандартного освещения. Амплитуда пульсовой волны колебалась от 4 до 10 мм, при этом системное кровяное давление составляло от 110/80 мм рт.ст. до 130/80 мм рт.ст. Дыхательные волны колебались от 10 до 35 мм и обнаруживались как на фоне пульсовой волны, так и автономно, независимо от нее. Взаимоотношения между интраорганной гемодинамикой и носовым дыханием в условиях нормы и патологии могут быть различными. Первый тип соответствует носовому дыханию на фоне гемодинамики в слизистой оболочке носа, второй представляет собой периодические пульсовые волны на фоне слабо выраженного дыхания; и, наконец, третий тип — дыхание при малой амплитуде пульса.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о перспективности внедрения нового метода исследования — трансиллюминационной пульсспирографии для диагностики некоторых заболеваний носа, а также для выработки лечебной тактики и профилактики типичных осложнений и рецидивов.

А. Ю. Кротов

Методические подходы в диагностике и коррекции обонятельной дисфункции при хронических риносинуситах

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи МЗ РФ

Обонятельный анализатор является важным информационным каналом, обеспечивающим связь с окружающим миром. Установлено, что он тесно связан с центральной и вегетативной нервной системой, а также с рядом других органов и систем, обеспечивая полноценную жизнедеятельность и поддерживая гомеостаз организма. Вместе с тем, в настоящее время целый ряд физиологических и патофизиологических аспектов обоняния изучены недостаточно. А это, в свою очередь, затрудняет решение вопросов патогенетически обоснованной реабилитации обонятельной дисфункции.

Нами было проведено исследование, в задачи которого входила отработка адекватных методик клинической ольфактометрии, изучение обонятельной функции и комплексная оценка состояния мукоцилиарной системы у больных с хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух с целью разработки научно-обоснованных методов коррекции обонятельной дисфункции. Под наблюдением находились 68 больных в возрасте от 15 до 74 лет, страдающих хроническим гнойным, полипозным и полипозно-гнойным риносинуситом и вазомоторным ринитом. В контрольную группу вошли 25 лиц, не имеющих патологии носа и околоносовых пазух и не предъявляющих жалоб на нарушение обоняния. Все больные проходили комплексное обследование. Наряду с консервативным лечением пациентам производились микрохирургические вмешательства в полости носа и в околоносовых пазухах с использованием эндоскопов, видеотехники и хирургического лазера.

В процессе исследований были разработаны оригинальные методики изучения обонятельной функции, сконструирован автоматический ольфактометр собственной конструкции, были установлены некоторые этиопатогенетические аспекты обонятельной дисфункции. Кроме того, были отработаны отдельные вопросы тактики и техники выполнения хирургических вмешательств, разработаны специальные вспомогательные устройства, облегчающие их выполнение.

Результаты исследований позволили расширить представление о характере патологических изменений обонятельного анализатора и мукоцилиарной системы у ринологических больных и обосновать использование целенаправленных методик консервативной и хирургической реабилитации обонятельной дисфункции.

Р. П. Крымская, Л. Д. Романовская, Е. В. Гресько, Т. Д. Несметная

Прозопалгии риногенного и одонтогенного происхождения в оториноларингологической практике

Пензенский институт усовершенствования врачей

Прозопалгии (лицевые боли) могут быть связаны с нарушением функции тройничного нерва вследствие ринологических и стоматологических вмешательств в области лобных и верхнечелюстных пазух. Г. Н. Крыжановским (1980) установлено, что при тригеминальной невралгии может страдать как периферический, так и центральный компоненты отдела системы тройничного нерва. Патологический процесс в лобных и верхнечелюстных пазухах, в зубочелюстной системе может распространяться на первые нейроны тройничного нерва и вызывать болевой синдром постоянного характера (В. Е. Гречко и соавт., 1988).

Под нашим наблюдением находились 18 женщин в возрасте от 21 до 54 лет. Длительность заболевания составила от нескольких дней до четырех недель. Причинами возникновения риногенных и одонтогенных поражений тройничного нерва явились трепанопункции лобных пазух с образованием втянутого рубца в области вмешательства (2), оперативные вмешательства на лобных (3) и верхнечелюстных (7) пазухах, а также дефекты пломбирования, связанные с избыточным введением пломбирочного материала и выходом его из верхушки зуба (3).

Ведущим клиническим проявлением заболевания была постоянная боль тупого ноющего характера на стороне вмешательства. Больные жаловались на боль в области лица, спереди от ушной раковины, которая захватывала надбровную, скуловую и подглазничную области. Больные отмечали также чувство онемения, одеревенения кожи лица. Неврологическое исследование обнаружило снижение чувствительности в виде гипестезии. Эти изменения были отмечены у всех обследованных, они обычно появлялись вскоре после операции и сохранялись в течение длительного времени. Что касается стоматологических больных, то у наблюдаемых нами пациентов дефекты пломбирования зубных каналов и выхода пломбирочного материала за верхушку 3, 4 и 5 зубов верхней челюсти проявлялись через несколько недель после санации зубов и сопровождалась болевыми ощущениями в скуловой и подглазничной областях. Если в клинике вместе с имеющимися дефектами и в зубочелюстной системе присутствовали ринорея и отек слизистой оболочки полости носа, то только рентгенологическое исследование позволило выявить истинную природу заболевания и провести адекватную терапию.

Особенность лечения данной категории больных состояла в том, что препараты группы карбамазепина у них не давали эффекта, в то время как при преимущественном поражении центрального компонента системы тройничного нерва назначение этих препаратов было результативным. У наблюдаемых больных страдал периферический отдел чувствительной системы тройничного нерва. Терапевтический эффект был отмечен во всех случаях при воздействии на зону иннервации методами иглорефлексотерапии, электроакупунктуры, токами д'Арсонваля, фонофореза с лидазой, гумизолем и одновременном назначении анальгетиков.

Таким образом, воздействие на зону чувствительных ветвей тройничного нерва и одновременное назначение анальгетиков являются необходимым условием успешного лечения прозопалгий риногенного и одонтогенного происхождения.

П. Н. Машко, Н. А. Арефьева

Изучение проницаемости слизистой оболочки носа

Башкирский государственный медицинский университет

Для выяснения проницаемости слизистой оболочки носа для белковых препаратов при различных формах воспаления на добровольцах (72 человек) была изучена резорбция альбумина, меченного радиоактивным йодом (J^{131}) со слизистой оболочки носа. Альбумин вводили на слизистую оболочку двумя способами: инстилляцией на физиологическом растворе и инстилляцией на полимере. В качестве полимера использовали поливинилпирролидон. Резорбция альбумина J^{131} в обеих группах происходила с одинаковой скоростью. К 30 минуте концентрация индикатора убывала на 50%. К 60 мин только треть препарата сохранялась на слизистой оболочке, через сутки регистрировались единичные импульсы.

Аналогичные исследования проведены в группе больных. Результаты показали, что в контрольной группе через 10 мин на слизистой оболочке носа сохраняется 74% индикатора, через 30 мин — 54%, а через 60 мин — 75%. Активность резорбции индикатора со слизистой оболочки носа изучали при трех формах ринита: 1-я группа — 5 больных острым ринитом, 2-я группа — 5 больных отечно-обструктивным синдромом, 3-я группа — 5 больных с полипозом носа. Через 10 мин. 60% индикатора сохранялось у больных первой группы, 54% — третьей группы и 47% — второй группы. Через 30 мин. и 60 мин. эти соотношения сохранялись. Самое быстрое убывание наблюдалось у больных с отечно-обструктивной формой заболевания: через 10, 30 и 60 мин. — 47, 26 и 13% соответственно. При полипозной форме это соотношение равнялось: 54, 33, 18%. У больных острым ринитом — 60, 45 и 36%. Через сутки у всех пациентов регистрировались единичные импульсы.

Представлялось важным изучить активность поступления альбумина в организм и его накопление в щитовидной железе. В контрольной группе накопление J^{131} альбумина в сроки через 10, 30 и 60 мин. в процентах к введенной дозе составили 3, 5 и 3%, у больных острым ринитом — 4, 8 и 4%; отечно-обструктивной формой — 6, 11 и 6%; полипозной формой — 4, 3 и 2%. Через 24 часа в контрольной группе — 22%, 1-й группе — 45%, 2-й группе - 29%, 3-й группе - 14%.

Следовательно, наши исследования показали, что скорость резорбции индикатора со слизистой оболочки носа небольшая при отеке и обструкции, еще ниже она у больных с полипозом носа, медленнее всего индикатор всасывается у больных с острым воспалением. Накопление J^{131} В щитовидной железе через 24 часа имеет иную картину: максимальную (45%) у больных 1-й группы (острый ринит), меньше (29%) — во 2-й группе (отечно-обструктивная) и минимальное (14%) — в 3-й группе (полипоз).

Полученные данные позволяют высказать предположение о том, что при остром воспалении слизистой оболочки носа резорбция белковых препаратов осуществляется преимущественно через микроциркуляторное

кровеносное русло. При отеке и полипозе лимфатические пути и периферические лимфоузлы могут ограничить проникновение чужеродного белка во внутренние среды организма. При остром воспалении барьер фиксирующие функции слизистой оболочки носа еще сохраняются. В стадии отека наступает прорыв первого барьера. Об этом свидетельствует быстрое убывание индикатора со слизистой оболочки носа. Однако, компенсация в определенной степени наступает за счет лимфатических образований. В частности, такую роль могут выполнять региональные лимфатические узлы. При этом быстрое убывание индикатора со слизистой оболочки носа не сопровождается накоплением его во внутренних средах. Полученные результаты указывают на необходимость более широкого исследования роли лимфатической системы при патологии слизистой оболочки носа.

К. Д. Миразизов, Н. А. Ташбаев

Анаэробная неклостридиальная инфекция при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух у больных туберкулезом легких

Кафедры оториноларингологии
Ташкентского медицинского института и
МКТУ им. Х. А. Ясави

Гнойно-воспалительные заболевания около-носовых пазух по-прежнему продолжают привлекать внимание клиницистов в связи с широким кругом нерешенных вопросов. В частности, недостаточно изучены вопросы микробного биоценоза риносинуситов у больных туберкулезом легких. Положительного эффекта лечения можно добиться, лишь учитывая этиологию и патогенез воспалительного процесса в пазухах и индивидуальной микрофлоры каждого пациента.

За период 1991 — 1996 гг. нами обследованы 2132 больных с различными клиническими формами туберкулеза легких, из них у 67 (3,13%) выявлен хронический гнойный и гнойно-полипозный синусит. На основании результатов бактериологического, бактериоскопического и цитоморфологического исследования содержания околоносовых пазух, а также туберкулиновых и биопроб у 5 (0,23%) больных было установлено специфическое, т. е. туберкулезное и у 62 (2,9%) больных неспецифическое воспаление околоносовых пазух. Среди выделенных культур 4 относились к R-форме и состояли из типичных кислотоустойчивых микобактерий. При бактериологическом исследовании, проведенном в аэробных и анаэробных условиях у 62 больных с хроническим гнойным и гнойно-полипозным синуситом, в 44 (70,9%) случаях высевались аэробная, а в 18 (29,3%) случаях анаэробная микрофлора.

У больных хроническим риносинуситом по частоте высеваемости первое место занимали различные виды аэробной грам-негативной флоры (кишечная и синегнойная палочки, протей и др.), доля которых в среднем составила 38,27%. Обращает на себя внимание высокая частота высеваемости грам-негативной флоры у больных туберкулезом легких и хроническим гнойно-полипозным синуситом, особенно протей рода *Mirabilis*. Появление этих не свойственных дыхательным путям

весьма агрессивных видов аэробной инфекции связано с ослаблением общей резистентности и иммунных сил организма вследствие основного специфического легочного процесса. Данное обстоятельство косвенным образом указывает на высокий риск заражения этих больных возбудителями так называемой "госпитальной инфекции", к которым, в частности, относится эшерихиоз, а также псевдомонадная и протейная инфекция.

На втором месте по частоте высеваемости были интестинальные виды стрептококков — энтерококки рода *Zymodenes* и *Durans* (24,7%), роль которых в возникновении заболеваний носа и околоносовых пазух в большинстве исследований не освещена. Видимо, появление кишечных стрептококков в околоносовых пазухах как этиологического фактора в развитии хронических гнойных риносинуситов связано с резким ослаблением иммунных сил и общей резистентности организма больных с длительным специфическим процессом и крайне тяжелой клинической формой туберкулеза. Анаэробное воспаление сопровождалось непроходимостью естественных отверстий околоносовых пазух, полипозом, утолщением слизистой оболочки пазух и наличием пенистого зеленого или грязно-серого гноя с гнилостным запахом. Эти клинические признаки важны для своевременной коррекции лечения с использованием соответствующих антибиотиков.

На основании данных проведенного нами исследования мы пришли к выводу, что аэробные патогенные и условно-патогенные микроорганизмы и анаэробные бактерии играют ведущую роль в этиологии и клинике гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух у больных туберкулезом легких.

А. П. Петров

Характер воспалительных заболеваний околоносовых пазух у населения Москвы и Якутска

Курс оториноларингологии Якутского
медицинского института

Учитывая различные природно-климатические и социально-экономические условия в отдельных регионах Российской Федерации, мы решили провести сравнительный анализ характера воспалительных заболеваний околоносовых пазух у жителей городов Москвы и Якутска и уточнить особенности клинического течения этих заболеваний.

Нами использован архивный материал ЛОР-клиники Московского медицинского стоматологического института и Якутского медицинского института за 3 календарных года. Изучены 1136 историй болезни жителей Москвы и 904 истории болезни жителей Якутска с заболеваниями околоносовых пазух. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах было примерно одинаковым (около 50,7% и 49,3% у москвичей и 53% и 47% у якутян).

В Москве среди больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух больные с этмоидитом составляли 42,5%, с поражением верхнечелюстных пазух — 41,9%, с фронтитом — 5,9%. В Якутии мы наблюдали несколько иную картину. На первом месте находятся больные с поражением верхнечелюстных пазух — 57,8%, больные с поражением решетчатого лаби-

ринита составляют только 20,9%, а больные с фронтитом — 6,6%. Больные с изолированным поражением клиновидной пазухи за указанный период в московскую ЛОР-клинику не госпитализировались, а в Якутске они составили всего 0,2%. Больных с гемисинуситом в Якутске было в два раза больше (12,8%), чем в Москве (6,8%), а больных с пансинуситом — в два раза меньше, чем в Москве (1,5% и 2,9%).

Количество больных с острым гайморитом, лечившихся в ЛОР-клиниках Москвы и Якутска, существенно отличается: москвичей с этой патологией госпитализировалось в полтора раза больше, чем якутян (132,3% и 18,9%). Гораздо реже, чем якутяне, москвичи госпитализировались по поводу хронического гайморита (9,6%). Среди якутян эти больные составляли 38,9%.

Процент больных с острым этмоидитом в клиниках Москвы и Якутска был примерно одинаковым — 0,8% и 0,9%. Больные с хроническим полипозным этмоидитом в московской клинике составляли 41,7%, а в якутской — 19,9%. Количество больных с острым фронтитом, лечившихся в московской клинике, в процентном отношении мало отличалось от якутской клиники — 4,4% и 5,2%, а соотношение больных с хроническим фронтитом даже совпало и составило 1,4%. Если процентное соотношение москвичей и якутян, страдающих острым гемисинуситом, мало отличается (5,4% и 6,9%), то при хроническом гемисинусите эта разница значительно больше — 1,3% и 5,9% соответственно. Процент больных с острым пансинуситом в Москве составил 2,9%, а в Якутске — 1,2%. Больных с хроническим пансинуситом в московской клинике не было, в якутской они представлены единичными случаями — 0,3%.

Таким образом, четко прослеживаются региональные особенности в характере воспалительных заболеваний околоносовых пазух у населения Москвы и Якутска. Обращает на себя внимание, что в Москве преобладают больные с хроническим полипозным этмоидитом, а в Якутске — с хроническим гнойным гайморитом. Полученные данные подтверждают мнение о том, что региональные особенности характера и клиники воспалительных заболеваний околоносовых пазух требуют изучения. Их объяснение может помочь в решении важнейшей проблемы ринологии — профилактики и лечения синуситов.

А. Н. Помухина

Зрительные нарушения при заболеваниях клиновидных пазух

Кафедра оториноларингологии
Ростовского государственного
медицинского университета

Близость структур органа зрения к клиновидной пазухе (КП) определяет возможность формирования осложнений (птоз, офтальмоплегия, диплопия и понижение остроты зрения вплоть до слепоты) при различных патологических состояниях КП. Это обусловлено анатомо-топографическими и клинкоморфологическими факторами. К первым относится степень пневматизации КП, отражающаяся на толщине стенок пазух, их размерах и асимметрии. Вторая группа факторов включает нозологические формы процесса, их морфологические особенности, сроки заболевания, наличие осложнений, а также сроки хирургического лечения при появлении осложнений.

Нами проведен анализ 12 наблюдений, сопровож-

давшихся нарушением функций органа зрения в виде диплопии, пареза отводящего нерва, понижения остроты зрения и сужения полей зрения при заболеваниях КП. В числе больных было 11 мужчин и 1 женщина. Возраст больных от 15 до 63 лет. Двусторонний процесс был у 3 больных, односторонний — у 9. Все больные были направлены в ЛОР-стационар офтальмологами или невропатологами по поводу зрительных расстройств или головной боли, локализующейся в области затылка. Клинический диагноз базировался на особенностях болевого синдрома, данных передней и задней риноскопии, рентгенографии КП и турецкого седла, а также неврологических и офтальмологических симптомах. Во всех случаях окончательный клинический диагноз был установлен при операции и подтвержден данными гистологического исследования.

Верифицированный послеоперационный диагноз характеризовался полиморфизмом: в 1 наблюдении была выявлена холестеатома, во 2 — полипозное перерождение слизистой оболочки, в 1 — эндотелиома, в 3 — ангиома, в 1 — киста, в 4 наблюдениях — хронический экссудативный процесс. При посеве экссудата из КП у больных последней группы в двух случаях был получен рост палочки сине-зеленого гноя, в одном — протей, еще в одном из-за обилия вязкого мукозного экссудата микрофлора не высевалась. В последнем наблюдении стойкая диплопия и сужение полей зрения наступили после проведенной в другом лечебном учреждении дезинтеграции средней носовой раковины низкочастотным ультразвуком. В данном случае действие ультразвука вышло за пределы средней носовой раковины, задний конец которой облитерировал устье КП, а слизистый экссудат создал условия для распространения ультразвука на парасфеноидальную область. После вскрытия пазухи степень диплопии лишь уменьшилась. Данное наблюдение позволяет сделать заключение о необходимости рентгенологического исследования околоносовых пазух перед принятием решения об ультразвуковой дезинтеграции средней носовой раковины.

Еще в одном случае зрительные расстройства оказались необратимыми. Снижение остроты и сужение полей зрения были выявлены, когда больной обратился за помощью к офтальмологу спустя 2 года после появления первых признаков ухудшения зрения. При рентгенографии выявлено неоднородное снижение пневматизации левой КП, завуалированность правой КП, неполное разрушение межпазушной перегородки и деформация стенок турецкого седла. Неврологический статус в норме, острота зрения на левый глаз 0,2, поля зрения слева сужены. При операции после резекции заднего конца средней носовой раковины вскрыта левая КП, заполненная новообразованием ярко-красного цвета, мягкой консистенции. Произведена биопсия. В раннем послеоперационном периоде после нарушения режима у больного началось профузное кровотечение из оперированной пазухи, которое дежурный врач остановил тампонадой. На следующий день была произведена криоапликация новообразования доступом через хирургическую апертуру. Кровотечение не повторялось. Эндоскопическое исследование через 3 недели признаков новообразования не выявило. Гистологическое исследование: гипертрофия слизистой оболочки, ангиоматоз, склероз сосудов, элементы мелкоочагового гнойного воспаления. Отсутствие признаков распространения процесса за пределы пазухи подтверждено компьютерной томографией.

30 Т. А. Риман, И. А. Швед,
П. А. Тимошенко, С. К. Клецкий

Морфологические изменения слизистой оболочки носа у детей, страдающих хроническим ринитом

Минск, Беларусь

Первым защитным барьером на пути микроорганизмов, аллергенов и токсических веществ, попадающих в дыхательные пути, является слизистая оболочка носа. Очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей способствуют повреждению слизистой оболочки дыхательного тракта, создают условия для внедрения ингаляционных аллергенов, накопления и фиксации антител в клетках респираторного тракта. Можно считать, что в основе этого процесса лежат как иммунологические изменения, так и гиперреактивность нейровегетативной и сосудистой систем полости носа. Все эти факторы приводят к стойким морфологическим изменениям со стороны слизистой оболочки полости носа.

С целью изучения морфологических изменений слизистой оболочки полости носа у детей, страдающих хроническим ринитом, нами проведено исследование биоптатов из переднего конца нижней носовой раковины. Клинические наблюдения за детьми, больными хроническим ринитом, показали, что наибольшие изменения происходят именно в нижней носовой раковине, что и приводит к затруднению носового дыхания. Забор материала для морфологического исследования выполняли под аппликационной анестезией 10% раствором димедрола ушным конхотомом с переднего конца нижней носовой раковины, на глубину слизистой оболочки. Кусочки размером 1,5x1,5 мм фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин, срезы окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Исследовано 28 биоптатов слизистой оболочки носа детей, страдающих хроническим ринитом в возрасте от 8 до 15 лет (девочек — 15, мальчиков — 13) с давностью заболевания от 3 месяцев до 2 лет. Контрольную группу составили биоптаты слизистой оболочки нижних носовых раковин, взятые от трупов детей аналогичного возраста, не страдавших при жизни хронической патологией носа.

Диагноз устанавливали на основании анамнеза, клинической картины, местной эозинофилии носа; биохимического, иммунологического и морфологического исследований, а также вегетативного статуса больного. Данные проведенного исследования позволили разделить больных на 4 группы: 1-я — с атонической формой заболевания, 2-я — с инфекционно-аллергической, 3-я — с нейровегетативной и 4-я — со смешанной формой (Г. А. Галджимирзаев, 1994).

В биоптатах всех больных обнаружена метаплазия эпителия с трансформацией в многоядный (типа переходноклеточного) и многослойный плоский неороговевающий эпителий, дистрофия и десквамация. Базальные клетки и реснитчатые клетки отсутствовали. Базальная мембрана была утолщена, гомогенна, геалинизирована, замещена соединительной тканью. Под слизистой слой был представлен плотной соединительной тканью. Единичные кавернозные синусы в собственной пластинке слизистой оболочки были умеренно расширены и полнокровны. Железы характеризовались голокриновым типом секреции, атрофическими и дистрофическими изменениями и были замещены волокнистой тканью.

У больных 1-й группы (6) наряду с вышеперечисленными морфологическими изменениями обнаруже-

но наличие мелкоочаговых полиповидных разрастаний эпителия с пролиферацией и погружением в толщу подслизистого слоя. Железы были расположены компактно и разделены очень тонкими прослойками отечной соединительной ткани.

Во 2-й группе больных (10) отмечались резко выраженная пролиферация эпителия с тотальной трансформацией его в многослойный плоский акантоз и погружной рост в подслизистый слой. Местами сохранялись немногочисленные базальные клетки. Подслизистый слой был представлен плотной волокнистой тканью с выраженной продуктивно-клеточной воспалительной реакцией (пролиферация фибробластов, обильная диффузная инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками с примесью сегментоядерных лимфоцитов и эозинофилов), очагами гиалинизации соединительной ткани и мелкими очагами глыбчатой кальцификации.

В 3-й группе биоптатов (8) отмечалась очаговая дистрофия и десквамация эпителия. В субэпителиальных отделах подлежащей соединительнотканной основы отмечались умеренно выраженная продуктивно-клеточная реакция с преобладанием лимфоцитов, лакунарное расширение и резкое полнокровие капилляров с врастанием их в более глубокие отделы соединительнотканной основы, очаги отека, дистрофии и гиалинизации.

Для детей, страдающих 4-й формой хронического ринита (4), была характерна тотальная или очаговая десквамация. В некоторых срезах сохранялся низкий кубический эпителий без ворсинок. В подлежащей соединительно-тканной основе отсутствовала воспалительная инфильтрация. Отмечены склероз стенок артериол, десквамация и набухание эндотелиоцитов и обтурация просвета. Единичные кавернозные синусы были резко расширенными, полнокровными.

Проведенные исследования показали, что каждая форма хронического ринита имеет свои особенности морфологических изменений структуры слизистой оболочки.

А. И. Сабиров, Х. А. Алиметов, И. И. Камалов, С. Л. Румянцев

Радионуклидное исследование функционального состояния околоносовых пазух

Казанский медицинский университет

Развитие функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух (ОНП) требует новых исследований функционального состояния слизистой оболочки. Важным при этом является изучение мукоцилиарного транспорта и всасывательной особенности слизистой оболочки. Нами было предпринято исследование указанных функций радионуклидным методом. Мукоцилиарный клиренс ОНП изучали с помощью сывороточного альбумина и коллоидного препарата (технефит), меченых Tc^{99m} . Для исследования всасывания мы применяли препарат Tc^{99m} -пентатех.

Основная группа состояла из 71 пациента с различной патологией ОНП. Контрольную группу составили 16 молодых лиц, у которых отсутствовали рентгенологические изменения в околоносовых пазухах. Изотопный препарат вводился в ОНП с помощью синус-катетера ЯМИК, а через 1 минуту введенный раствор аспирировали из ОНП. Динамическое обследование длилось 30 минут. Статическое обследование производи-

лось при различном положении детектора до, после и через 24 часа после динамического. У здоровых пациентов исследовали верхнечелюстную, лобную и клиновидную пазухи, решетчатый лабиринт, полость носа и носоглотку. Клиренс ОНП оценивали графически в виде кривой время-уменьшение активности радионуклида.

Мукоцилиарный клиренс сывороточного альбумина, меченого Tc^{99m} , хорошо определялся не только графически, но и визуально. В течение первых 6 часов отмечалось движение радиоактивного препарата из ОНП и полости носа в сторону носоглотки. Скорость выведения препарата подвержена большим колебаниям: в ряде случаев у пациентов контрольной группы отмечалось замедление мукоцилиарного клиренса, ничем не проявляющее себя клинически и являющееся, по-видимому, вариантом нормы и, наоборот, у лиц с хроническим синуситом мукоцилиарный клиренс не был нарушен. При исследовании мукоцилиарного клиренса в различных отделах околоносовой пазухи наблюдался феномен "неравномерного выведения", участки ускоренного выведения препарата чередовались с зонами замедления мукоцилиарного транспорта.

Клиренс Tc^{99m} сохраняется у больных хроническим синуситом, но нарушается после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. Всасывание препарата в ходе динамического обследования варьировало у больных и лиц контрольной группы в следующих границах: для верхнечелюстной пазухи — 14 — 30%, лобной пазухи — 13 — 39%, решетчатого лабиринта — 14 — 24%, клиновидной пазухи — 10 — 20%. Продолжительность исследования функционального состояния слизистой оболочки ОНП была ограничена периодом полураспада изотопа и его стабильностью. Радионуклидный метод исследования позволил определить качественные и количественные параметры мукоцилиарного клиренса и всасывательной способности слизистой оболочки ОНП. Низкая лучевая нагрузка при этом методе исследования позволяет, в отличие от рентгеноконтрастных методов, делать неограниченное количество статических кадров во время наблюдения.

В. В. Скоробогатый,
В. А. Скоробогатый

К вопросу о диагностике рецидива фронтита в оперированной пазухе и подходе к лечению повторных заболеваний

ЛОР-отделение городской клинической больницы № 3, Запорожье (Украина)

Клинические проявления рецидива хронического процесса в лобной пазухе типичны. Обычно у больных появляются различной интенсивности боли в области оперированной пазухи, припухлость и отечность верхнего века, гиперемия в области рубца и ниже его. У некоторых больных около внутреннего угла глаза формируется свищ, из которого выделяется патологическое содержимое. Слизисто-гнойные или гнойные выделения в соответствующей половине носа выявляются только при сохранности сообщения пазухи с полостью носа.

Диагностика рецидива воспалительного процесса в лобной пазухе в большинстве случаев не представляет затруднений. Сложнее установить его характер, степень проходимость лобно-носового соустья и выбрать оп-

тимальный способ лечения. Обычно такие больные подвергаются повторному хирургическому вмешательству, но далеко не все они нуждаются в оперативном лечении. Поэтому при обследовании больных с подобной патологией, помимо жалоб, анамнеза, данных объективного обследования и обзорной рентгенографии мы в сложных или сомнительных случаях используем компьютерную томографию (КТ) и пункцию лобной пазухи. КТ позволяет максимально достоверно изучить состояние всех стенок пазухи, уточнить распространенность процесса и его границы, а пункция — выяснить характер патологического содержимого в пазухе и степень проходимости соустья.

Пункцию пазухи производим через мягкие ткани, покрывающие трепанационный дефект, спаренной иглой с желобчатой насадкой и ограничителем глубины проникновения иглы в полость. В случае зарастания риностомы промывная жидкость, вымывая содержимое пазухи, вытекает через просвет второй иглы, не поступая в полость носа (показана реоперация). При сохраненной проходимости лобно-носового соустья или его сужении жидкость и содержимое пазухи поступают в полость носа. В этой ситуации после окончания промывания, фиксируя желобчатую насадку рукой, извлекаем иглу, а ограничитель глубины проникновения смещаем к дистальному концу насадки. Затем по желобчатой насадке при помощи мандрена-проводника вводим трубчатый дренаж в трепанационное отверстие. В дальнейшем через дренаж производим промывание пазухи и введение лекарственных веществ.

Таким образом, КТ и пункция спаренной иглой расширяют наши возможности в уточнении характера и распространенности патологического процесса, степени проходимости соустья, а также являются источником дополнительной информации при выборе адекватного метода лечения: при наличии рецидива процесса и зарастании риностомы — оперативное вмешательство, при проходимом соустье — консервативное лечение.

И. И. Томилов, В. М. Щеголева

Вопросы диагностики и лечения заболеваний клиновидной пазухи

Кафедра оториноларингологии Уральской государственной медицинской академии

Заболевания клиновидной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта встречаются чаще, чем диагностируются. Наряду с типичными ринологическими симптомами в этих случаях нередко выявляется неврологическая и офтальмологическая симптоматика. Большинство больных поступает в клинику для обследования по поводу головной боли.

Под нашим наблюдением находилось 23 больных со следующей патологией: сфеноидит (10), кисты клиновидной пазухи (3), гематосинус (1), аневризма внутренней сонной артерии (1), аденома гипофиза (1), мозговая грыжа (1), опухоли клиновидной пазухи — 6. Помимо анамнеза, эндоскопического обследования ЛОР-органов этим больным проводилось рентгенологическое исследование в боковой и полуаксиальной проекциях. При подозрении на кисту выполнялась рентгенография с контрастированием. Большинству больных производилась диагностическая пункция клиновидной пазухи под контролем электронно-оптического преоб-

разователя, а некоторым для уточнения диагноза — компьютерная томография.

Лечение было дифференцированным, в зависимости от выявленной патологии. Вскрытие клиновидной пазухи осуществлялось эндоназально, иногда с мобилизацией носовой перегородки и конхопексией. При сочетанном поражении клиновидной пазухи и решетчатого лабиринта операция производилась наружным доступом.

При такой патологии, как аневризма внутренней сонной артерии, аденома гипофиза или мозговая грыжа лечение проводилось в нейрохирургической клинике. После биопсии и верификации диагноза злокачественного новообразования двум больным проведено лучевое лечение. Оба больных живы при сроках наблюдения 5 и 7 лет.

У 4 больных диагностирована ангиофиброма основания черепа. Им произведено хирургическое вмешательство с подходом по Муру.

Больным с патологией клиновидной пазухи необходимы обязательное рентгенологическое исследование, а иногда — пункция и биопсия. Нужно дифференцировать сфеноидиты от неврологических и других заболеваний, которые могут встречаться в практике оториноларинголога.

Р. К. Тулебаев, Р. И. Розенсон

Клинико-иммунологическая характеристика аллергических риносинуситов у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию

Шымкентский государственный медицинский институт

наблюдениях на 259 больных аллергическими риносинуситами, из которых у 154 диагностирована сезонная, а у 105 — круглогодичная форма заболевания, были изучены особенности клинического течения и показатели иммунного статуса. Наблюдаемые лица подверглись хроническому лучевому воздействию вследствие постоянного проживания вблизи Семипалатинского ядерного полигона в период проведения на нем испытаний. Эпидемиологические исследования показали, что у получивших дозы облучения от 0,35 до 1,0 Гр относительный риск формирования данной патологии составил 1,50—1,53. Среди особенностей клинического течения аллергических риносинуситов у облученных были выявлены увеличение частоты возникновения сопутствующего астеновегетативного синдрома, трахеобронхита, обструктивного бронхита и бронхиальной астмы, а также аллергодерматозов. Отмечена тенденция к снижению частоты наследственной отягощенности по аллергии у детей с сезонными аллергическими риносинуситами, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска. С повышением степени радиационной опасности в зоне постоянного проживания нарастала и широта спектра сенсibilизации. Так, частота выявления четырех и более причинных аллергенов у больных сезонным аллергическим риносинуситом, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, составила $32,4 \pm 8,0\%$, что в 1,5 раза выше аналогичного показателя у больных, не подвергавшихся воздействию радиационного

фактора. Напротив, лишь один причинный аллерген был выявлен у $27,0 \pm 7,3\%$ детей с сезонным аллергическим риносинуситом, не подвергшихся воздействию радиации, что в 1,49 раза чаще, чем у проживавших в зоне повышенного радиационного риска и в 2,29 раза чаще, чем у проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска.

Особенности иммунного статуса больных аллергическими риносинуситами, проживавших в зоне радиации, заключаются в формировании абсолютной Т-лимфоцитопении и дефицита клеток с хелперным и супрессорным фенотипами, повышенной склонности к образованию антител-реагинов, повышенным содержанием ауторозеткообразующих клеток в периферической крови и дефиците функциональной активности специфических Т-супрессоров. Вышеуказанные особенности предопределяли формирование клеточной сенсibilизации к атоическим аллергенам у больных аллергическим риносинуситом, подвергшихся хроническому воздействию радиационного фактора.

Е. В. Химичева

Иммунологические аспекты формирования хронических синуситов

Ростовский государственный медицинский университет

о данным литературы заболеваемость хроническим синуситом за последние 8 лет увеличилась в 2 раза (С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов, 1991). Одной из важных этиологических причин, приводящей к хронизации процессов в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух, является нарушение факторов местного иммунитета. Последний обеспечивается, в частности, лимфоидной тканью, ассоциированной со слизистой оболочкой носа (НАЛТ) (С. З. Пискунов и соавт., 1991, В. П. Быкова, 1993, 1995, Н. А. Арефьева, 1996, П. Брандтзэг, 1996, П. Моги, 1996). По современным данным, к НАЛТ относятся не только миндалины лимфоглоточного кольца. Более 30% клеток рыхлой соединительной ткани, образующей собственную пластинку слизистой оболочки носа, составляют лимфоциты. В связи с этим представляет интерес изучение состояния глоточной миндалины (ГМ) при формировании параназальных синуситов. Считается, что ГМ — это прерогатива детского возраста, и ее инволюция должна происходить к 14—15 годам. Однако многие авторы отмечают наличие ГМ у взрослых и даже лиц старше шестидесяти лет (Н. Н. Михалкин, 1940, М. А. Гольдштейн, 1957, М. А. Ташкер, 1968, М. П. Николаев, 1978, Frenkiels et al, 1980). Но на вопрос, какие причины способствуют развитию аденоидитов у взрослых и почему ГМ сохраняется после полного созревания, определенного ответа нет.

Под нашим наблюдением находились 18 больных острым синуситом и 22 больных с обострением хронического синусита в возрасте от 17 до 54 лет. При осмотре у 15 больных острым синуситом и 11 больных хроническим синуситом были выявлены признаки аденоидита: стекание экссудата по задней стенке глотки, скопление экссудата в носоглотке и наличие аденоидных вегетаций I — II степени или единичных лимфоидных скоплений в носоглотке с признаками воспаления. Из анамнеза удалось выяснить, что стекание экссудата или дискомфорт в носоглотке после перенесенных острых респираторно-вирусных инфекций беспокоили больных задолго до появления клинических признаков синусита. На этом фоне иммунокомпетентная роль ГМ значи-

тельно снижается, а она сама становится местом персистенции вирусной инфекции и очагом хронического воспаления. Исследование местного иммунитета у наблюдаемых больных выявило резкое снижение или отсутствие секреторного иммуноглобулина А (SIgA) у всех обследованных. Этот местный иммунный дефицит, по нашему мнению, свидетельствует о том, что наличие ГМ у взрослых с данной патологией следует рассматривать как компенсаторную реакцию лимфоидной ткани.

Таким образом, аденоидит является достаточно частой патологией у взрослых больных и может приводить к развитию параназальных синуситов. При лечении синуситов необходимо проводить санацию носоглотки с целью восстановления иммунокомпетентной роли ГМ. В связи с местным иммунным дефицитом необходимо включать в комплекс лечебных мероприятий иммунокорректирующие препараты.

Н. М. Хмельницкая, С. В. Рязанцев, К. В. Воробьев, Е. В. Тырнова, Л. Л. Клячко

Оптимизация методов лабораторной диагностики хронического риносинусита

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

Воспаление — защитная реакция, характерная для всех тканей организма, но особенно хорошо развитая в слизистых оболочках ЛОР-органов, которые первыми подвергаются непосредственному воздействию экзогенного антигенного материала. Адекватная защита поверхности верхних дыхательных путей зависит от тесных связей между естественными неспецифическими защитными механизмами и приобретенным адаптационным иммунитетом. Ринит представляет собой воспалительный ответ слизистой оболочки носа, развивающийся вследствие инфекции или аллергии, а различия в симптомах между инфекционным и аллергическим ринитом обуславливают различия в составе воспалительного секрета.

С целью оценки воспалительного и иммунного ответа слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, а также общей реакции организма при хроническом риносинусите (ХРС) исследовали смывы из полости носа, слюну, сыворотку крови у 12 больных полипозным ХРС, 16 больных гнойным ХРС и 13 больных вазомоторным ринитом с давностью заболевания не менее 5 лет в стадии обострения. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц. Методом радиальной иммунодиффузии по Манчини определяли концентрации иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G и секреторного IgA. Секреторную дегрануляцию нейтрофильных гранулоцитов оценивали методом ELISA посредством определения уровней катионных белков лакто-феррина (ЛФ), миелопероксидазы (МПО), эластазы нейтрофилов (ЭН) в тех же образцах с использованием моноспецифических поликлональных антител. Для стандартизации исследуемого биологического материала в пробах определяли общий белок по методу Лоу-ри.

Исследование слюны обнаружило достоверно более высокие концентрации sIgA ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) при всех формах ХРС по сравнению с контролем, что характерно для активации в слизистой ротовой полости иммунного исключения" — первой линии гумораль-

ной защиты. При этом гнойный ХРС сопровождался достоверным повышением IgG ($p < 0,01$), а вазомоторный и полипозный ХРС — IgA ($p < 0,05$) в слюне больных по сравнению с контролем. У больных гнойным ХРС в слюне были достоверно снижены концентрации маркера железистой секреции ЛФ ($p < 0,01$, тест Манна-Уитни), а у больных вазомоторным ХРС уровни ЛФ в слюне были достоверно выше ($p < 0,05$, знаковый тест Вилкоксона), чем в контрольной группе. Содержание общего белка в слюне больных полипозным ХРС было достоверно выше ($p < 0,001$, знаковый тест Вилкоксона), чем у практически здоровых лиц. Концентрации ЛФ в слюне у больных вазомоторным ХРС были достоверно выше, чем у больных гнойным ХРС ($p < 0,05$).

В носовых смывах у больных гнойным ХРС достоверно повышались уровни ЭН по сравнению с показателями в контрольной группе ($p < 0,05$) и у больных полипозным ХРС ($p < 0,05$, тест Манна-Уитни). При вазомоторном ХРС наблюдалось достоверное повышение концентраций ЛФ и МПО ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно) в смывах из полости носа. Синхронное исследование сыворотки крови обнаружило достоверно более высокие концентрации общего белка у больных вазомоторным ХРС по сравнению с контрольной группой ($p = 0,01$), хотя все данные находились в пределах референтных величин метода.

Полученные данные свидетельствуют о разных патофизиологических механизмах нарушения при различных формах ХРС: гнойный ХРС характеризовался преобладанием нейтрофильного воспаления в слизистой носа, угнетением железистой секреции и активацией "иммунного исключения" в слизистой ротовой полости; вазомоторный ринит сопровождался повышением уровня железистой секреции в полости носа и рта и активацией кислородозависимой антимикробной системы нейтрофильных гранулоцитов в слизистой оболочке носа; при полипозном ХРС системные специфические и неспецифические защитные реакции выражены в наименьшей степени. Таким образом, ХРС сопровождается развитием синергии между В-клеточной системой слизистой оболочки и секреторным эпителием, что свидетельствует о необходимости исследования экзокринных секретов.

С

Е. В. Шабалдина, М. Е. Чуфистов, С. А. Павленко, А. В. Субботин

Состояние слизистой оболочки полости носа у больных клещевым энцефалитом в лихорадочном периоде

Кафедры оториноларингологии и нервных болезней Кемеровской государственной медицинской академии

Общеинфекционный синдром является обязательным при клещевом энцефалите и наблюдается у всех без исключения больных с любыми формами заболевания. Клиническую основу синдрома представляют лихорадочное состояние и обратимые функциональные изменения внутренних органов и нервной системы.

Поскольку на внедрение инфекционного агента в организм прежде всего реагирует иммунная система, ассоциированная со слизистыми оболочками, задачей

настоящей работы стала оценка риноскопической картины у больных клещевым энцефалитом.

Обследовано 144 пациента с различными формами клещевого энцефалита в возрасте от 15 до 50 лет. Все больные осмотрены в лихорадочный период заболевания. Жалобы на различные нарушения со стороны полости носа предъявляли 58 больных (40,3%). Среди них затруднение носового дыхания отмечено у 21 пациента (14,6%), выделения из полости носа — у 32 (22,2%), сухость, жжение в носу — у 5 (3,5%). При осмотре привлекали внимание катаральные изменения в полости носа. Выраженная гиперемия слизистой оболочки отмечена у 107 больных (74,3%). Отек нижних и средних носовых раковин наблюдался у 5 (3,5%), а отделяемое слизисто-гнойного характера — у 12 больных (8,3%). В ряде случаев отмечены различной выраженности атрофические процессы. У 7 пациентов (4,9%) слизистая оболочка носа была истонченной, бледной, а носовые ходы расширенными.

С учетом описанных изменений слизистой оболочки полости носа у больных клещевым энцефалитом выявлена следующая сопутствующая патология: острый гайморит — у 5 больных (3,5%), острый ринит — у 22 (15,3%), хронический катаральный ринит — у 5 (3,5%) и хронический атрофический ринит — у 7 (4,9%). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что при клещевом энцефалите нередко наблюдаются морфологические изменения слизистой оболочки полости носа.

В. В. Шиленкова, Н. Ф. Корочкина

Исследование барофункции околоносовых пазух

**Кафедра оториноларингологии
Ярославской государственной медицинской академии**

известно много методов, направленных на восстановление проходимости соустья и нормальной аэрации околоносовых пазух (пункция, дренирование, зондирование и др.). Однако, пожалуй, лишь один из них обладает многофакторным действием. Этот метод, основанный на применении синус-катетера ЯМИК, позволяет эвакуировать секрет из около-носовых пазух, вводить в них лекарственные растворы, а также путем создания перемежающегося давления в полости носа воздействовать на зону естественных отверстий пазух.

Для определения параметров давления, которое можно создавать в полости носа, не оказывая вредного воздействия на слизистую оболочку, мы применили метод манометрии при наложении синус-катетера ЯМИК. Под наблюдением находилось 10 больных острым гнойным синуситом. У 3 больных (1-я группа) исследовали влияние отрицательного давления на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи, у 7 (2-я группа) — на слизистую оболочку лобной пазухи. У больных 1-й группы спиртовой манометр соединяли с иглой Куликовского, введенной в верхнечелюстную пазуху через собачью ямку, а у больных 2-й группы — с канюлей, находящейся в треугольном канале лобной пазухи. Синус-катетер ЯМИК-2 устанавливали в полости носа и присоединяли "рабочий" канал устройства к электроотсосу. Затем в полости носа создавали отрицательное давление.

Нами отмечено, что при снижении давления в полости носа в пределах от 0,1 до 0,4 атм колебания давления в верхнечелюстной пазухе соответствовали таковым в полости носа. В отношении лобной пазухи такая зависимость наблюдалась только при показателях давления до 0,1 атм. Если давление в полости носа снижается более

чем на 0,1 атм, давление в лобной пазухе колеблется в меньшей мере и при нормализации его в полости носа возвращение давления в пазухе к исходным цифрам не происходит. Если в пазуху ввести 0,1% раствор адреналина и повторить исследование, то колебания давления в синусе возобновляются.

Мы считаем, что снижение давления в полости носа ниже 0,1 атм приводит к блокаде соустья лобной пазухи, о чем свидетельствует отсутствие изменений показателки манометра. Таким образом, оптимальное отрицательное давление, которое допустимо создавать в полости носа, не должно превышать 0,1 атм.

а

М. В. Шилов, В. Ф. Вотяков, А. В. Староха

Частотно-фазовый метод вихретоковой синусоскопии в диагностике синуситов

Сибирский государственный медицинский университет, НПО "Клинический ринологический центр", Томск

Вихретоковые методы диагностики синуситов, характеризующиеся возможностью многократного контроля и высокой достоверностью, становятся более значимыми в условиях страховой медицины. Они отличаются объективностью, отсутствием лучевой нагрузки на пациента и персонал, портативностью аппаратуры. Развитие вихретоковой синусоскопии имеет, таким образом, хорошие перспективы. При установке вихретокового преобразователя (ВТП) на исследуемую область околоносовой пазухи в ней под воздействием электромагнитного поля ВТП возникают вихревые токи, плотность которых зависит от электропроводящих свойств исследуемой области. Возникшие токи, в свою очередь, образуют вторичное электромагнитное поле. Результирующее поле, состоящее из поля вихревых токов и поля возбуждения, несет информацию о состоянии околоносовой пазухи. Широкое распространение вихретокового метода в оториноларингологии ограничивает тот факт, что электропроводящие свойства мягких и костных тканей, образующих передние стенки околоносовых пазух, близки по значению к электропроводности патологического содержимого пазухи.

С целью повышения чувствительности прибора были проведены экспериментальные исследования различных конструкций, а также их измерительных схем включения. Это позволило отойти от использования применявшихся ранее двух датчиков (опорного и измерительного), заменив их одним преобразователем. По результатам исследований разработана оригинальная конструкция, обеспечивающая высокую концентрацию электромагнитного поля, а следовательно, чувствительность и локальность измерения. Уменьшить влияние параметров передней стенки околоносовой пазухи на достоверность результатов исследования позволила и разработанная авторами измерительная схема включения ВТП на основе генератора с фазовым сдвигом.

Проведенные клинические испытания подтверждают ценность данного метода. Параллельное использование компьютерной томографии и оптической эндоскопии пазух подтвердило достоверность результатов вихретоковой синусоскопии по сравнению с эхо-синусоскопией и термографией при проведении скрининговой диагностики синуситов.

В. М. Бобров

Дыхательная гимнастика Стрельниковой в комплексном лечении экссудативных гайморитов после дренирования верхнечелюстных пазух короткими дренажными трубками

ЛОР-отделение МСЧ № 4 (Ижевск)

ля дренирования верхнечелюстной пазухи мы применяем разработанную в нашем отделении укороченную дренажную металлическую трубку с фиксирующим устройством (АС 1595531 А2 СССР). Длина дренажной трубки 4 см, диаметр 2 мм. Эти размеры мы считаем оптимальными, что подтверждается экспериментальными работами Е. Н. Единака (1982), который доказал, что при сохраненном носовом дыхании скорость возвращения давления верхнечелюстной пазухи к исходному уровню зависит от диаметра дренажной трубки. Увеличение диаметра отверстия свыше 2 мм не сказывается на времени, необходимом для возвращения давления к нулевой отметке. Другими словами, воздухообмен верхнечелюстной пазухи находится в прямой зависимости от величины выводного отверстия, если его диаметр меньше 2 мм. При остром гнойном гайморите, после пункции верхнечелюстной пазухи и введения короткой дренажной трубки, в течение нескольких дней происходит самостоятельное отделение содержимого из верхнечелюстной пазухи через дренажную трубку в полость носа. При передней риноскопии у проксимального конца дренажной трубки в этот период наблюдается положительный "пульсирующий световой рефлекс". На 3 — 4-й день по мере лечения промываниями верхнечелюстной пазухи лекарственными растворами и проведения дыхательной гимнастики количество отделяемого уменьшается и на 5 — 6-й день выделения экссудата из дренажной трубки прекращаются. Наклоны головы в противоположную сторону изменяют положение трубки и приводят ее в вертикальное положение по отношению к медиальной стенке верхнечелюстной пазухи. Так как в дренажной трубке имеются продольная проточка и боковые отверстия на дистальном конце, в этом положении происходит отток остаточного патологического секрета из пораженной пазухи. Кроме того, форсированный вдох и выдох улучшают аэрацию пазухи, так как на выдохе в ней создается отрицательное давление, что связано с присасывающим действием струи выдыхаемого воздуха (Е. Н. Единак, И. А. Яшан, 1982). Отрицательное давление в верхнечелюстной пазухе, создаваемое через дренажную трубку, способствует эвакуации патологического содержимого.

В течение нескольких лет при лечении экссудативных гайморитов методом дренирования короткими трубками после промывания верхнечелюстной пазухи лекарственными растворами и физиопроцедур мы назначаем больным дыхательную гимнастику Стрельниковой. Все упражнения больной проводит в кабинете лечебной физкультуры под наблюдением опытного инструктора. Результаты лечения оценивались по динамике симптомов заболевания. Основным показателем выздоровления является прекращение образования гноя в пазухе. Если при двух последних промываниях жидкость была чистой, курс лечения считался эффективным. У 30 больных с хроническим гнойным гайморитом, получивших описанное выше комплексное лече-



ние, время санации пазухи составило в среднем 9,1 дня, а у 28 больных с острым гнойным гайморитом — 8,8 дня; в контрольной группе больных, не получавших гимнастику Стрельниковой, эти показатели составили соответственно 11,4 и 10,2.

Так как дыхательная гимнастика Стрельниковой доступна, проста, безопасна и физиологична, не требует специальной дорогостоящей аппаратуры, можно рекомендовать этот комплекс упражнений для широкого применения в лечении больных острым и хроническим гнойным гайморитом после дренирования верхнечелюстных пазух короткими дренажными трубками. Противопоказаны занятия при сильной близорукости, глаукоме, при повышенном артериальном давлении.

Р. Г. Гаджимирзаева, А. А. Гамзатова

Динамика содержания сывороточных иммуноглобулинов у больных атоническим риносинуситом под влиянием специфической иммунотерапии

(Махачкала)

о современных представлениях патогенетически обоснованным методом лечения заболеваний атопической природы является специфическая иммунотерапия (СИТ). У 85 больных в возрасте от 5 до 56 лет, страдающих атопическими риносинуситами, в динамике определяли сывороточные иммуноглобулины (ИГ) классов А, М, J и Е. У 62 из них выявлены положительные кожно-аллергические пробы на бытовые и пыльцевые, у 21 — на пыльцевые и у 2 — на бытовые аллергены. В 17 наблюдениях диагностирована комбинированная респираторная патология. У 78 больных наряду с вазомоторным риносинуситом выявлены и другие заболевания верхних дыхательных путей.

Более чем у половины пациентов при первичном обследовании средние показатели ИГ А, М, J в сыворотке крови были в пределах физиологической нормы (соответственно 62,6%, 63,8%, 58,7%). Пониженный уровень концентрации ИГ установлен примерно у трети больных (32,7%, 29,1%, 32,2%). Показатели сывороточного ИГ Е у 82 из 85 обследованных превышали возрастную норму (40 — 150 МЕ/мл) и колебались в пределах 320 — 2000 МЕ/мл. У обследованных установлено достоверное повышение уровня ИГ J после СИТ. Средние уровни ИГ А и М также увеличивались в процессе лечения, однако разница между показателями не была достоверной. Под влиянием СИТ отмечено повышение концентрации общего ИГ Е в сыворотке крови у всех больных по сравнению с исходными данными.

36 Важно отметить, что при индивидуальном анализе динамики ИГ у классов А, М, и J в процессе СИТ выяснилось, что у детей при первичном исследовании преимущественно наблюдалось повышенное их содержание, а у взрослых — наоборот, гипоглобулинемия. Сопоставление уровня ИГ классов А и М с клиническим эффектом от лечения показало снижение их концентрации у детей и повышение у взрослых пациентов. Содержание ИГ классов Е и J, независимо от возраста, после лечения увеличилось. Неоднородность показателей гуморального иммунитета в различных возрастных группах свидетельствует о более выраженном снижении защитных сил организма в старшей группе обследованных, что может быть связано с длительным угнетением иммунологических реакций. У детей патологический процесс, вероятно, находится в стадии активизации гуморальных факторов защиты.

Терапевтический эффект при СИТ исследователи связывают с образованием в организме пациента защитных (блокирующих) антител. Поскольку последние по своим физико-химическим свойствам относятся к ИГ класса J, то объяснимо увеличение их концентрации под влиянием СИТ. Предполагают, что защитные антитела блокируют аллергическую реакцию антиген — антитело, и следовательно, предупреждают патологические процессы, ведущие к клиническим проявлениям аллергической реакции. Можно было предполагать, что после СИТ концентрация ИГ Е в сыворотке крови снизится. Однако на практике отмечается ее повышение, что, возможно, связано с активной антигенной стимуляцией организма в раннем периоде СИТ. Результаты, полученные в отдаленные сроки после СИТ, свидетельствуют о нормализации показателей ИГ класса Е, что говорит о сложности механизмов продукции и регуляции реагинов при иммунологических методах лечения atopических риносинуситов.

А. А. Гамзатова, Г. А. Гаджимирзаев

Отдаленные результаты лечения детей с atopическим ринитом методом специфической иммунотерапии

Ранее нами были обобщены непосредственные результаты лечения детей с atopическим ринитом методом специфической иммунотерапии (А. А. Гамзатова, Г. А. Гаджимирзаев, 1994, 1995). В настоящей работе изложены данные по динамическому наблюдению больных в сроки от 1 до 4 лет. Для контрольного осмотра детей 4 — 15-летнего возраста приглашали в стационар вместе с родителями. По специально разработанной анкете мать или отца ребенка подробно опрашивали о состоянии носового дыхания, количестве и характере отделяемого из носа, частоте обострений atopического ринита и сопутствующих аллергозов дыхательной системы, перенесенных респираторных инфекций и других заболеваниях. После уточнения анамнестических данных проводили осмотр ЛОР-органов и иммунологическое обследование (гуморальный и клеточный иммунитет, а у части пациентов — определение сывороточного иммуноглобулина Е).

Под постоянным наблюдением находился 241 ребенок, получивший специфическую иммунотерапию (СИТ). У 157 (65,1%) из них за период наблюдения в течение 4 лет ни разу не было обострения болезни. Получен-

ный непосредственный положительный эффект (нормализация окраски слизистой оболочки носа, исчезновение отека носовых раковин, восстановление носового дыхания, улучшение или нормализация воздушности околоносовых пазух и др.) сохранялись и в отдаленные сроки. У остальных 84 (34,9%) пациентов наблюдались обострения ринита в разные сроки: в первые 3 месяца — у 7, через 6 месяцев — у 11, через 1 год — у 14, через 2 года — у 16, через 3 года — у 14, через 4 года — у 22. Важно подчеркнуть, что если до лечения методом СИТ очередное обострение вазомоторного ринита продолжалось до 2—4 недель, а у некоторых детей — до 1,5—2 месяцев, то после проведения лечения длительность обострения составила 7—12 дней. В последней группе больных клинические проявления обострения (ринорея, заложенность носа, чиханье, головные боли) были выражены значительно меньше, чем ранее. Эти дети хорошо поддавались традиционным методам лечения. Если кратность обострения в течение года до СИТ составляла 4,72, то после лечения она снизилась до 1,16. Повторные курсы СИТ проведены 27 детям в разные сроки (через 12—15 месяцев после первого курса), преимущественно тем детям, у которых обострение наступало в первые 3—6 месяцев, а 38 детей получали поддерживающую терапию в течение 1—1,5 лет.

В литературе имеются указания на возможность трансформации аллергического ринита в бронхиальную астму (до 40%), однако в катанезе ни у одного ребенка из числа получивших СИТ аллергический процесс полости носа не принял генерализованную форму. Более того, у 48 детей с сопутствующими аллергозами нижних дыхательных путей (аллергический трахеит и бронхит, бронхиальная астма) наблюдалась положительная динамика вплоть до клинического выздоровления при "малых" формах аллергозов. Кроме того, частые катары верхних дыхательных путей, ОРЗ, фарингиты, ангины, имевшие место у подавляющего большинства обследованных, после лечения методом СИТ прекратились практически у всех детей, что говорит о преимущественно атоническом генезе этих заболеваний.

Анализ отдаленных результатов СИТ при atopических ринитах показывает, что при моновалентных формах ринита эффективность метода достигает 100%, а при поливалентных формах одного вида аллергии возможности метода СИТ несколько ниже (80—90%). Сочетание различных видов аллергии (бытовой, пыльцевой, микробной и др.) еще более снижает эффективность метода. Следовательно, применять метод СИТ в детской практике следует как можно раньше, в период моноаллергических реакций.

В. Р. Гофман, А. С. Киселев, И. В. Ткачук

Применение лазеротерапии при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух

Кафедра отоларингологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург

современной медицине широкое распространение получили методы лечения, основанные на применении низкоэнергетического лазерного излучения, оказывающего многофакторное влияние на организм человека. Взаимодействие лазерного излучения с биологическими молекулами реализуется на уровне клеточных мембран, что приводит к изменению ее физико-химических свойств

и основных функций. В результате избирательного поглощения энергии активизируются системы мембранной организации биомолекул, что, по литературным данным, нормализует локальный кровоток и приводит к дегидратации воспалительного очага.

Наряду с местными реакциями лазерное излучение вызывает генерализованные реакции целостного организма, усиливает действие иммунокомпетентных органов и систем и приводит к активации клеточного и гуморального иммунитета.

Для лечения острых и хронических заболеваний околоносовых пазух мы применяли лазерное излучение красного (длина волны 6/0 нм) и инфракрасного спектра (длина волны 810 нм), получаемое на лазерном терапевтическом аппарате "LATON-100 COMBI", который оснащен свето-водными волоконными инструментами, позволяющими подводить излучение непосредственно к области облучения.

Используемые мощности излучения на выходе световода составляли для красного спектра 10 — 15 мВт, для инфракрасного — 20—100 мВт. Плотность потока мощности не превышала 0,4 Вт/см².

Лазеротерапия была нами применена у 38 больных с хроническим полисинуситом в раннем послеоперационном периоде. 12 больных были прооперированы по поводу сфеноэтмоидита, 26 — по поводу верхнечелюстного синусита и этмоидита.

У всех больных, получавших лазеролечение в раннем послеоперационном периоде, отмечено уменьшение болевого синдрома, гиперемии, отека мягких тканей, более быстрое восстановление нормальной эндоскопической картины, носового дыхания, которое объективно регистрировалось с помощью риноманометра, улучшение общего самочувствия, сна, аппетита. Положительная динамика отмечалась уже после трех процедур. После пяти реактивные изменения полностью разрешались, что подтверждалось контрольными рентгенограммами околоносовых пазух; увеличивалось количество активных реснитчатых клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки носа.

Таким образом, применение лазеротерапии при лечении воспалительных заболеваний околоносовых пазух оказывает положительное воздействие на течение этих заболеваний и позволяет ускорить процесс выздоровления.

В. А. Громаков

Геломиртол форте в лечении острых и хронических синуситов

(Москва)

Основой терапии острых и хронических синуситов является восстановление физиологического дренажа секрета и вентиляции околоносовых пазух. Геломиртол форте (ГФ) является эфирным маслом растительного происхождения современной формы приготовления и содержит в качестве активного вещества миртол стандартизированный. Одна желатиновая капсула ГФ содержит 300 мг миртола, стандартизированного на 75 мг лимонена, 75 мг цинеола и 20 мг а-пинена. Являясь липофильной субстанцией, ГФ после приема *per os* резорбируется в тонком кишечнике и с током крови попадает в дыхательную систему, где выделяется через респираторный эпителий и альвеолы. Измерения уровня содержания ГФ в плазме крови после перорально-го приема показали, что максимальных значений он достигает через 2 часа. Даже через 8—12 часов после

приема капсул все еще можно четко определить уровень содержания ГФ в плазме.

Выделяясь через респираторный тракт, препарат оказывает секретолитическое, секретомоторное и муколитическое действие, тем самым улучшая мукоцилиарный клиренс и обеспечивая эффективную вентиляцию и дренаж околоносовых пазух. Секретолитический эффект ГФ при лечении синуситов доказан с помощью скинтиграфии. После 4-дневного приема ГФ на скинтиграммах зарегистрировано отчетливое ускорение транспорта секрета через естественное соустье верхнечелюстной пазухи (H. Behrbohm et al., 1995). Терапевтический эффект препарата при лечении синуситов доказан в многоцентровом рандомизированном двойном слепом контролируемом исследовании плацебо (P. Federspil, 1995). Выявлено явное преимущество ГФ по сравнению с плацебо ($p=0,2$). На фоне приема ГФ отмечены уменьшение вязкости секрета, а также положительный эффект при головных болях; гораздо меньше больных нуждалось в терапии антибиотиками. Совместное применение ГФ и антибиотиков повышало эффективность последних и снижало процент рецидивов. *In vitro* было доказано антибактериальное и фунгицидное действие ГФ (K. S. Mulhens, 1973). Препарат обладает дезодорирующим действием, что имеет немаловажное значение при гнилостных и зловонных процессах.

ГФ может применяться неограниченно длительное время при хронических воспалительных процессах как с целью профилактики, так и для лечения обострений, не вызывая развития толерантности. Препарат совместим со всеми лекарствами, не содержит углеводов и может применяться у больных сахарным диабетом. ГФ успешно используется уже более 20 лет для лечения синуситов оториноларингологами Германии, а также многих других европейских стран, Китая, Гонконга и др.

А. О. Гюсан, С. А. Гюсан

Лечение острых и хронических фронтитов внутрипазушным лазерофорезом

Отделение оториноларингологии
Карачаево-Черкесской республиканской
больницы и кафедра ЛОР-болезней
Ставропольской государственной
медицинской академии

современной медицине успешно внедряются различные методы лазеротерапии. Довольно широко используют этот вид лечения и в ринологии (С. В. Коренченко, 1986; В. М. Исаев, 1990; М. С. Плужников и соавт., 1991, 1995 и др.). Особенно перспективным является применение лазерофореза (И. Б. Солдатов и соавт., 1990; Е. А. Куликова, 1995). Суть его заключается в обработке объекта лекарственным веществом с одновременным облучением его лазерным светом. При этом многократно возрастает всасывающая способность слизистой оболочки. Пользуясь разработанной нами методикой трепанопункции лобной пазухи (Б. М. Цецарский, А. О. Гюсан, 1986) и применяя лазерный аппарат Laton-100 с волоконными световодами, мы использовали для лечения больных острыми и хроническими фронтитами методику внутрипазушного лазерофореза 1% раствора диоксида. Методика заключается в следующем. После проведения трепанопункции лобной пазухи и ее

38 Дренирования катетером для подглазничной вены мы проводим промывание лобной пазухи стерильным раствором фурацилина, добиваясь восстановления проходимости лобно-носового канала. Затем через дренаж вводим в пазуху 1% раствор диокси-дина и световод лазерного аппарата, через который осуществляется облучение стенок пазухи при мощности 10 мВт/см² в течение 10 минут.

Под нашим наблюдением находилось 42 больных острым и обострением хронического фронтита в возрасте от 18 до 60 лет. Они были распределены на две группы. Первую группу (контрольную) составили 22 больных с острым экссудативным фронтитом и обострением хронического экссудативного фронтита, получавших лечение путем дренирования лобной пазухи, но без применения лазерного лечения. Во вторую группу вошли 20 больных, ежедневно получавших сеансы внутрипазушного лазерофореза с 1% раствором диокси-дина (всего 4 — 5 сеансов). Обе группы больных не отличались друг от друга по возрасту, полу и тяжести симптомов заболевания. Эффективность лечения оценивали на основании клинических и лабораторных исследований, а также ультразвукового сканирования экосинускопом ЛОР-экспресс для контроля восстановления пневматизации лобных пазух.

Лечение во второй группе больных оказалось более эффективным, что выражалось ранним клиническим улучшением (4 — 5-й день): восстанавливались носовое дыхание и проходимость лобно-носового канала, а также пневматизация лобных пазух, исчезали головные боли. Результаты бактериологического исследования, проведенного до лечения и на 4 — 5-й день после его начала, демонстрировали уменьшение микробной обсеменности.

В контрольной группе больных подобные положительные изменения наблюдались лишь на 8 — 10-й день, то есть продолжительность лечения была в 2 раза больше.

Наши наблюдения подтверждают целесообразность лечения острых и хронических фронтитов внутрипазушным лазерофорезом. Данный способ лечения оказывается более эффективным, чем общепринятый, он позволяет в 2 раза сократить время, необходимое для санации пазухи.

Коллектив авторов

Эффективность применения интраназального аэрозоля фликсоназе у больных с сезонным аллергическим ринитом

Г. И. Дрынов

[Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова],

Н. А. Геппе, А. В. Карлушкина

(Клиника детских болезней ММА им. И. М. Сеченова),

И. И. Балаболкин

(Институт педиатрии РАМН),

А. А. Бологое

(Республиканская детская клиническая больница),

Н. И. Ильина

(Институт иммунологии МЗ России),

М. В. Беда, А. А. Пересецкий

(Центральный экономико-математический институт РАН)

В структуре аллергических заболеваний одно из ведущих мест занимают аллергические риниты. Слизистая оболочка носовых ходов первой вступает в контакт с ингаляционными аллергенами и сенсibilизируется. В последние

годы заболеваемость сезонными ринитами возросла и составляет до 20% у взрослого населения. Учитывая ведущую роль воспаления в патогенезе аллергического ринита, лечение предусматривает широкое использование глюкокортикоидов.

Интраназальное применение глюкокортикоидов уменьшает сосудистую проницаемость, предотвращает отек слизистой оболочки носа, блокирует выработку медиаторов воспаления в эффекторных клетках и тормозит их выход в слизистую оболочку. Флутиказона пропионат является высокоэффективным и безопасным глюкокортикоидом для интраназального применения, что обусловлено его высокой селективностью и сродством к глюкокортикостероидным рецепторам, выраженной местной противовоспалительной активностью и низким уровнем системных побочных эффектов.

Целью настоящего открытого нерасширенного исследования явилась оценка клинической эффективности и безопасности препарата флутиказона пропионата — фликсоназе (Glaxo Wellcome). Фликсоназе представляет собой водную суспензию флутиказона пропионата (0,05%) для топического применения на слизистую оболочку носа путем распыления.

Одна доза назального спрея содержит 50 мкг флутиказона пропионата. Терапия фликсоназе проводилась 89 больным аллергическим сезонным ринитом в возрасте от 5 до 65 лет. Диагноз сезонного аллергического ринита у всех больных был поставлен на основании данных аллергологического анамнеза, клинических проявлений заболевания и результатов специфического аллергологического обследования.

1-ю группу составили 29 детей в возрасте от 5 до 15 лет включительно, 2-ю группу — 60 взрослых больных в возрасте от 16 до 65 лет. У детей большинство пациентов составили мальчики (59%), у взрослых — женщины (65%). Наряду с проявлениями аллергического ринита у 31% детей и у 47% взрослых отмечались более или менее выраженные симптомы аллергического конъюнктивита.

Фликсоназе назначали всем больным в период манифестированных проявлений сезонного аллергического ринита один раз в день. Дети получали по 100 мкг фликсоназе в сутки (по 50 мкг в каждую половину носа), взрослые — 200 мкг. Курс лечения составил 8 недель. Пациенты вели дневники самонаблюдения.

Оценку клинической эффективности препарата проводили через 4 и 8 недель по динамике проявления ринита. В ходе исследования учитывались следующие симптомы аллергического ринита: блокада носового дыхания утром и в течение дня, ринорея, чиханье, зуд и раздражение слизистой носа.

Эффективность терапии фликсоназе оценивалась по 4-балльной шкале: 0 — неэффективное лечение, 1 — умеренно эффективное, 2 — эффективное, 3 — высоко эффективное. Результат лечения оценивался как "высоко эффективный" в случае полного купирования симптомов ринита на фоне применения фликсоназе, как "эффективный" — при сохранении у больного слабых и единичных проявлений ринита, как "умеренно эффективный" — в случае некоторого уменьшения всех симптомов заболевания, как "неэффективный" — при отсутствии динамики симптомов.

Следует отметить, что во всех случаях оценки врача и пациента полностью совпадали. В результате исследования было выявлено, что у всех детей на фоне терапии фликсоназе был достигнут положительный клинический эффект. При этом у 8% детей результат лечения был оценен как "высоко эффективный", у 10% — как "эффективный", у 3% детей — как "умеренно эффективный".

Лечение было оценено как "высоко эффективное" и "эффективное" у 97% взрослых пациентов и "умеренно эффективное" — у 3%. Средний суммарный показатель симптомов в начальный период (первые 10 дней лечения) убывал с темпом 10—12% в день у детей и 13—16% в день у взрослых. После первых двух недель лечения динамика клинических проявлений ринита была примерно одинакова у детей и взрослых (на 20-й день — около 10% в день). Обращает на себя внимание хорошая переносимость фликсоназе. Побочные явления

на фоне применения фликсоназе наблюдались только у одного ребенка из 29 в виде единичных носовых кровотечений, которые купировались самостоятельно и не потребовали отмены препарата. 6 взрослых из 60 отмечали сухость слизистой носа в течение первых 2 недель лечения. Системных побочных эффектов отмечено не было. Таким образом, флутиказона пропионат является высокоэффективным противовоспалительным и противоаллергическим средством для лечения сезонных аллергических ринитов. Курсовое лечение фликсоназе в суточной дозе 200 мкг у взрослых и 100 мкг у детей приводит к уменьшению симптомов аллергического ринита. Эффект фликсоназе проявлялся с первых дней лечения и нарастал в последующие недели, что свидетельствует о целесообразности применения препарата в течение всего периода сезонного обострения.

И. П. Енин, Н. А. Сиволова,
В. П. Карпов

Эндонозальная специфическая иммунотерапия сезонных аллергических риносинуситов (поллинозов) у детей

Кафедра оториноларингологии ФПО
Ставропольской государственной
медицинской академии

Исследованиями отечественных и зарубежных клиницистов и иммунологов установлено, что в комплексной терапии детей, больных сезонными аллергическими риносинуситами (поллинозами) основное место занимает специфическая иммунотерапия (СИТ). Сравнительная оценка эффективности различных методов десенсибилизации, проведенная нами, показала, что наилучшие результаты дает СИТ аллергоидом. Основное действующее начало препарата — протеино-полисахаридный комплекс, экстрагированный из обезжиренной пыльцы амброзии и подвергнутый мягкой обработке формальдегидом. Такое воздействие приводит к укрупнению белковой молекулы аллергоида и блокированию части аллергенных детерминант, в результате чего препарат обладает сниженной аллергенностью, но сохраняет способность оказывать терапевтический эффект у пациентов, сенситизированных к пыльце тех растений, из которых изготовлен аллергоид. Это дает возможность введения больному за короткий срок максимально переносимой дозы аллергоида и значительного увеличения его суммарной дозы.

Мы оценили эффективность СИТ у 128 детей, страдающих сезонными аллергическими риносинуситами. У всех пациентов отмечалась высокая степень сенситизации к пыльце амброзии. Больные первой группы (32 человека) получали СИТ обычными стандартными аллергенами по классической схеме. Во второй группе (30 больных) аллергоид вводили подкожно в область нижней трети плеча по схеме предсезонной специфической гипосенсибилизации. Третья группа (36 больных) получала аллергоид эндонозально при помощи специальных распылителей жидких лекарственных препаратов. Четвертая группа (30 больных) получала аллергоид путем введения в слизистую оболочку переднего конца нижней носовой раковины при помощи специальных шприцов. Каждому ребенку подбиралась строго индивидуальная схема специфической

иммунотерапии по принципу постоянного повышения концентрации и количества вводимого раствора аллергоида.

Комплексное обследование детей, страдающих сезонными аллергическими риносинуситами, в состоянии ремиссии, в период рецидива заболевания и после окончания курса десенсибилизации показало, что наилучшие результаты были получены при СИТ аллергоидом. По нашим данным, даже распыление аллергоида в полости носа давало лучшие результаты по сравнению с иммунотерапией стандартным аллергеном по классической схеме. Хотя аэрозольный метод эндонозальной аллергоидотерапии и уступал по своей эффективности подкожному и, особенно, под слизистому методу аллергоидотерапии, у отдельных, особенно беспокойных, детей он оставался единственным эффективным способом гипосенсибилизации организма. Осложнений при эндонозальной СИТ аллергоидом не было. Иммунологические исследования показали, что интраназальная СИТ аллергоидом детей, больных сезонными аллергическими риносинуситами, вызывает достоверный рост блокирующих антител в сыворотке крови, уменьшение титров иммуноглобулинов Е, увеличение концентраций сывороточного иммуноглобулина А и секреторных иммуноглобулинов А и С. Таким образом, в комплексном лечении сезонных аллергических риносинуситов (поллинозов) у детей наиболее оптимальным методом СИТ является эндонозальный метод введения аллергоидов.

А. М. Жуковский, Г. Д. Тарасова

Энтеросорбенты в комплексном лечении аллергических заболеваний АОР-органов в детском возрасте

Московский НИИ уха, горла и носа

Аллергические заболевания ЛОР-органов являются проявлением общего страдания организма и могут сочетаться с атоническим дерматитом или бронхиальной астмой. В силу этих причин тактика лечения аллергических заболеваний ЛОР-органов должна быть комплексной, и нередко ведение таких больных требует совместного участия оториноларинголога и аллерголога.

Под нашим наблюдением находились 32 ребенка в возрасте от 10 до 15 лет, страдающих аллергическим риносинуситом в сочетании с атоническим дерматитом. В 10 из них имела место дисфункция слуховой трубы, которая проявлялась двусторонней кондуктивной тугоухостью I степени. Длительность заболевания составляла не менее 2 лет. Часть больных ранее получала курсы традиционной терапии, которые не дали эффекта. Всем больным были сделаны кожные пробы, которые подтвердили поливалентную сенсibilизацию (домашняя пыль, пыльца растений, грибы). Грибковая природа аллергии обнаружена у 13 детей. В анализах периферической крови у 18 больных было повышенное количество эозинофилов, у всех отмечены высокие уровни специфического IgE (особенно высокими они были у больных с грибковой сенсibilизацией).

Комплексное лечение состояло из следующих мероприятий: 1. Контроль за окружающей средой. 2. Антимедиаторная терапия. 3. Эндонозальный электрофорез интала — 10 процедур. 4. Энтеросорбция и мочегонная фитотерапия.

40

Использование энтеросорбции в лечении больных аллергическим риносинуситом обусловлено тем, что при этой патологии отмечаются изменения во всех звеньях иммунной системы, повышение количества медиаторов аллергии и патологических иммунных комплексов. С этой целью мы использовали отечественный адсорбирующий препарат "Кар-болонг" в дозе 1 г на 10 кг массы тела. Всю суточную дозу больные принимали с водой утром натощак за один прием в течение 10 дней одновременно с мочегонным травяным сбором, в котором обязательным компонентом был лист брусники.

Оценка эффективности производилась через 10 дней после проведенного курса терапии на основании данных клинического осмотра и анализов крови. У 19 больных отмечено значительное улучшение носового дыхания. У 21 ребенка отмечалась положительная динамика в клинике дерматита. В анализе крови у всех кроме одного пациента нормализовалось содержание эозинофилов, у 16 — отмечено достоверное снижение уровня IgE, у 14 снижение было недостоверным. При обследовании через 3 месяца наблюдалось отсутствие рецидива заболевания у 28 больных. В анализах крови отмечена стойкая нормализация количества эозинофилов и снижение уровня IgE по сравнению с первоначальным уровнем.

Оценивая полученные результаты, можно заключить, что у 87,5% детей с аллергическим риносинуситом отмечен длительный положительный эффект. Это может быть основанием для использования энтеросорбентов совместно с мочегонной фитотерапией при ведении больных с указанной патологией.

А. И. Извин

Применение гомеопатических препаратов в профилактике рецидивов полипозного синусита

(Тюмень)

Больные с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух занимают в структуре ЛОР-заболеваний второе место (В. Т. Пальчун, 1982), и тенденция к их дальнейшему росту сохраняется (С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов, 1993). Известно, что хроническое поражение носа и околоносовых пазух — полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежат инфекционно-аллергическое воспаление, аллергическая перестройка организма и аутоиммунные процессы, что влечет за собой частые рецидивы заболевания (В. Н. Николаевская, 1989). Наиболее сложной для лечения представляется полипозная форма хронического синусита. До настоящего времени одним из распространенных методов лечения полипозных синуситов является хирургический. Однако в связи со склонностью полипов к частому рецидивированию хирургическое лечение порой оказывается мало эффективным, что диктует поиск рациональной медикаментозной аллопатической и гомеопатической терапии.

Методом аллопатической терапии является капельное введение лекарственных веществ через дренажную трубку в околоносовые пазухи (Г. З. Пискунов, 1982). В качестве лекарственных веществ используются антибиотики (цепорин, ристомидин, стрептомицин и др.), кортикостероиды и ферменты. Вместе с тем упомянутые лекарственные препараты можно применять не у

всех больных в связи с их непереносимостью и дороговизной. Поэтому, на наш взгляд, перспективным в профилактике рецидивов полипозного синусита является применение гомеопатических препаратов.

Под нашим наблюдением находилось 39 человек с полипозной формой хронического синусита в возрасте от 40 до 70 лет; из них мужчин было 27, женщин — 12. Длительность заболевания колебалась от 3 до 15 лет. Всем больным предварительно были произведены различные хирургические вмешательства, причем 25 из них — неоднократно. В качестве основных гомеопатических препаратов применяли гепар сульфур, калиум бихромикум, калькарея карбоникум, иод в разведениях 6 и 12 по 5 — 7 крупинок 3 раза в день в течение первых двух месяцев после операции; затем указанные препараты применяли один раз в неделю в течение года. Отдаленные результаты лечения (более 2 лет) прослежены у 32 больных. У них исчезли выделения из носа, не было рецидивов полипов, носовое дыхание было свободным, а у 23 пациентов появилось обоняние.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что для профилактики рецидивов больным с полипозной формой хронического синусита в послеоперационном периоде целесообразно назначать наряду с аллопатическими веществами и гомеопатические препараты.

Е. Б. Катинас, Г. В. Лавренова, В. Н. Марченко

К вопросу о комплексном лечении нейровегетативной формы вазомоторного ринита

Кафедра оториноларингологии с клиникой и кафедра госпитальной терапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Лечение вазомоторного ринита является актуальной проблемой оториноларингологии. По современным данным, в основе патогенеза нейровегетативной формы вазомоторного ринита лежит дисфункция нейроэндокринной регуляции, нарушение баланса симпатической и парасимпатической вегетативной иннервации слизистой оболочки полости носа.

Предлагаемая нами комплексная терапия вазомоторного насморка, направленная на стимуляцию симпатической нервной системы, включает прием диуретиков, антигистаминных средств, поливитаминов, чая из пустырника, обладающего седативным, спазмолитическим и противовоспалительным действиями, и экстракта элеутерококка, обладающего симпатотоническим и стимулирующим действиями. Для усиления эффекта фитотерапевтического лечения применялось закаливание: прохладные ножные ванны по 2—5 мин с начальной температурой воды 34°C, снижением температуры на 1°C каждые 2—6 дней, конечной температурой 24—26°C.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных (16 женщин и 9 мужчин в возрасте от 18 до 67 лет, болеющих в течение 4—15 лет) с нейровегетативной формой вазомоторного ринита, диагностированного на основании жалоб, анамнеза и данных клинического обследования, включавшего определение мукоцилиарного клиренса и состояния вегетативной нервной системы по методике вариационной пульсации по П. Н. Баевскому. При однократном обследовании состояния

вегетативной нервной системы по основным показателям: мода (Мо), амплитуда моды (АМо), размах вариации (Х) и индекс напряженности (ИН), установлена разнонаправленность состояния вегетативного баланса. У 9 больных (36%) отмечены признаки симпатизации, у 16 (64%) — признаки парасимпатизации (Х от 0,30 до 0,38; ИН - более 135; АМо - более 50%). У большинства больных проводимое ранее лечение девало кратковременный эффект.

Курс лечения длился 25 — 30 дней и состоял из приема 50 мг гипотиазиде каждое утро в первые 3 дня, 15% чая из пустырника по 1 стакану на ночь в течение 12 — 14 дней, экстракта элеутерококка по 20 капель утром в течение 30 дней, драже "Аэровит" и диазолина по 1 драже 2 раза в день в течение 7 — 10 дней. В качестве местной терапии применялись промывания полости носа и носоглотки слабощелочным раствором прополиса каждое утро в течение 15 — 18 дней и введение в нос мази (диазолина 0,1, мезатона 0,2, квасцов 0,3, ментолового масла 0,5, вазелина 5,0, ланолина 5,0). Из рациона больных исключались аллергизирующие продукты: куриные окорочка, кофе, шоколад, фасоль, цитрусовые, продукты, содержащие искусственные красители и консерванты. В результате лечения у 17 больных (68%) улучшение функционального состояния сохранялось в течение полугода. У 8 больных (32%) эффект был незначительным, им была проведена подслизистая вазотомия. Таким образом, предлагаемый комплекс лечения, как показали предварительные данные, позволяет получить положительный клинический эффект.

А. С. Лопатин

Эффективность интраназального аэрозоля беклометазона дипропионата в комплексном лечении полипозного синусита

Отделение оториноларингологии ЦКБ МЦ
УД Президента РФ

Глюкокортикостероидные препараты давно и широко используются в клинической практике для лечения целого ряда заболеваний, относящихся к самым различным областям медицины. Эти препараты обладают выраженными и быстро проявляющимися противовоспалительными и иммунодепрессивными свойствами. Основным фактором, сдерживающим широкое использование кортикостероидов в оториноларингологии, является длинный список возможных осложнений и побочных эффектов системной кортикостероидной терапии. Поэтому сразу после открытия этих гормонов началось пристальное изучение возможности их местного применения. Однако первые попытки интраназального применения гидрокортизона и преднизолона, сделанные в 50-е годы, показали, что этот метод введения не имеет практически никаких преимуществ перед общей кортикостероидной терапией, так как он приводит к угнетению гипо-галамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Такие препараты, как гидрокортизон, до сих пор широко применяются в ЛОР-практике, характеризуются высокой системной биодоступностью и могут вызывать нежелательные побочные эффекты даже при местном применении, особенно если они назначаются в виде интраназальных инъекций. Появившиеся в начале 70-х годов интраназальные аэрозоли кортикостероидов зарекомен-

довали себя как эффективное средство лечения вазомоторного и аллергического ринита (N. Mygind, «73; U. Pipcorn, 1983; I. Mackay, 1989; N. M. Naclerio, N. Mygind, 1993 и др.), а также полипозного синусита (N. Mygind et al., 1975; A. B. Drake-Lee, 1994 и др.). При полипозном синусите кортикостероидные препараты являются практически единственным средством, позволяющим приостанавливать рецидивирование полипов после хирургического лечения.

Нами предпринято два исследования. В первом 60 больных хроническим синуситом были разделены на две равные группы. 30 пациентов основной группы после эндоскопической эндоназальной полисинусотомии получали инсуффляцию беклометазона дипропионата в суточной дозе 300 мкг в течение 6 месяцев с момента операции. 30 больных контрольной группы получали в послеоперационном периоде только традиционное лечение. В сроки наблюдения от 8 до 28 месяцев в основной группе больных рецидив наступил лишь у 1 (3,3%) пациента, а в контрольной — у 7 (23,3%).

Во второе исследование были включены 24 пациента, у которых полипозный синусит сочетался с бронхиальной астмой и/или аспириновой триадой. Всем больным была выполнена эндоназальная полисинусотомия на фоне короткого курса системной кортикостероидной терапии (преднизолон в суточной дозе 20 мг в течение 6 дней) с последующим назначением беклометазона дипропионата (суточная доза 300 мкг в течение 6 месяцев). У 18 (75%) пациентов при среднем сроке наблюдения 22,25 месяца получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Приведенные наблюдения убедительно свидетельствуют о необходимости применения интраназальных аэрозольных форм кортикостероидных препаратов после хирургического вмешательства при полипозном синусите.

И

А. А. Марьяновский

Перспективы лечения острых и хронических заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух комплексными биологическими препаратами

ЗАО "Арнебия", г. Москва

Причины возникновения заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух различны, и для лечения симптомов этих заболеваний существует большой выбор фармацевтических препаратов. Как правило, предназначенные для этих целей лекарственные средства содержат активные составляющие из группы симпатомиметиков, глюкокортикоидов и антибиотиков, и лишь в очень немногих препаратах действующие начала относятся к классу веществ растительного или биологического происхождения. Поэтому в настоящее время терапия рассматриваемой группы заболеваний в основном ограничивается симптоматическим лечением с определенным риском возникновения тех или иных осложнений.

Новую возможность в лечении ринологической патологии предоставляют комплексные гомеопатические препараты фирмы "BIOLOGISCHE HEILMITTEL HEEL GmbH" (Германия). По широте терапевтическо-

го действия и сбалансированному составу препараты данного вида правильнее было бы называть комплексными биологическими средствами. Тщательный подбор компонентов каждого комплексного препарата фирмы "ХЕЕЛЬ" обеспечивает активационный характер его действия на различных регуляторных уровнях и направлениях. Это является неотъемлемым условием успешной терапии, поскольку максимально перекрываются возможные пути прогрессирования патологического процесса в организме. Антигомотоксические препараты представляют собой адекватный комплекс единичных гомеопатических средств, что делает возможным их использование по определенным показаниям и в целом сближает данное направление терапии с принципами лечения больных, исповедуемыми официальной медициной.

Специалистов, работающих в области оториноларингологии, несомненно должны заинтересовать препараты фирмы "ХЕЕЛЬ", позволяющие создавать эффективные схемы лечения различной патологии ЛОР-органов и верхних дыхательных путей, в сочетании с возможностью регулирования интенсивности активационного (регенерирующего) воздействия на пораженную слизистую оболочку при соблюдении дренажных, дезинтоксикационных, иммуномодулирующих и других основных принципов антигомотоксической терапии.

Содержащиеся в таких препаратах, как Эуфорбиум композитум (назальный спрей), Мукоза композитум (раствор для инъекций), Траумель С (капли, таблетки, мазь), Лимфомиозот (капли) гомеопатизированные компоненты растительного, химического и минерального происхождения, а также вытяжки из здоровых и патологически измененных слизистых оболочек, приготовленных по высоким стандартам гомеопатической технологии, создают уникальные перспективы для комплексной, а в большинстве случаев для органотропной, безопасной даже при длительных курсах, терапии ринитов и их осложнений.

Анализ практического опыта применения комплексных биологических препаратов у больных различных возрастных групп — от 6 лет до 91 года, — страдающих ринитами, свидетельствует, что в 85—100% случаев у больных наступало полное выздоровление, либо происходило значительное и стойкое улучшение их состояния. Более чем в 40% всех исследованных терапевтических схем эффективной оказалась монотерапия препаратом Эуфорбиум композитум (случаи острого ринита, хронической медикаментозной ринопатии, сухого и гиперпластического ринита).

Показания к применению комплексных биологических препаратов включают широкий спектр ринолгической патологии: от обычного неосложненного ринита до аденоидных вегетаций и хронических заболеваний верхних дыхательных путей. Хорошая их сочетаемость с различными аллопатическими лекарственными средствами (при остром и хроническом синусите, фурункулах носа, сино-бронхиальном синдроме, гиперпластическом ларингите или при сочетании нескольких заболеваний), а также с различными видами физиопроцедур создает определенные перспективы для использования комплексных биологических препаратов в амбулаторных и стационарных условиях.

Т. А. Машкова, Н. А. Никонов,
Л. С. Бакулина

Возможности и перспективы нехирургического лечения фронтитов

(Воронеж)

Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии остается проблема своевременной диагностики фронтитов и выбора адекватного лечения. Это обусловлено склонностью фронтитов к частому рецидивированию, особенно после хирургического лечения, результаты которого до настоящего времени часто неудовлетворительны. Нередко приходится прибегать к повторным оперативным вмешательствам, иногда завершающимся облитерацией просвета лобных пазух.

Изучены особенности диагностики, клинического течения и лечения воспалительных заболеваний лобных пазух у 213 больных в возрасте от 14 до 80 лет: у 104 из них процесс носил острый, а у 109 — хронический характер. Гнойный фронтит диагностирован у 63% больных, катаральный — у 15%, гнойно-полипозный — у 22% пациентов. У 89,2% больных была поражена одна лобная пазуха, в 10,8% случаев диагностировано двустороннее поражение. У 47,4% больных имело место сочетанное поражение околоносовых пазух.

Для уточнения характера процесса и с лечебной целью 23,5% больным производилось зондирование и промывание лобных пазух через естественное выводящее отверстие, по методике Е. А. Ландсберга. Трепанопункция через переднюю стенку выполнена в 7,5% случаев. У 50,7% больных произведено диагностическое вскрытие лобных пазух, причем у 48,1% из них — при остром процессе.

Хирургическое вмешательство выполнено у 122 (57,3%) больных из 213, из них у 108 (88,5%) произведена радикальная операция на лобной пазухе или вскрытие по Бокштейну. У 14 (12,9%) оперированных хирургическое лечение было направлено на ликвидацию сопутствующей и предрасполагающей к развитию фронтита патологии (полипозный этмоидит, гайморит, искривление перегородки носа). У 49,1% оперированных наступил рецидив заболевания, повлекший за собой повторную госпитализацию, из них после радикальной операции — у 48 (43,5%), после операции по Бокштейну — у 5 (4,6%) больных. После курса консервативного лечения с применением зондирования и промывания лобных пазух рецидивы заболевания отмечены лишь у 2,1% больных.

Проведенный анализ показал неоспоримые преимущества эндоназального зондирования лобных пазух в диагностике и лечении фронтитов, а также подтвердил безопасность этой манипуляции практически у всех больных с данной патологией. Все это позволяет рекомендовать указанную методику для более широкого использования в диагностике и лечении воспалительных заболеваний лобных пазух, в том числе и в амбулаторных условиях.

Н. В. Мишенькин, К. И. Нестерова, В. И. Жаров

Применение низкочастотного ультразвука в лечении различных стадий бактериального ринита

ЛОР-клиника Омской областной клинической больницы

последние годы в оториноларингологии появились принципиально новые методы лечения патологии верхних дыхательных путей с использованием низкочастотного ультразвука (НУЗ). На базе завода "Автоматика" была изготовлена насадка "Роса" к НУЗ-генератору УРСК-7Н-18, предназначенная для подачи ионизированного лекарственного вещества в виде факела до 15 см и создания "лекарственной пленки" на слизистой оболочке носа и глотки.

С помощью насадки "Роса" было пролечено 226 больных бактериальным ринитом, из них 137 женщин и 89 мужчин. У 89 больных была диагностирована I стадия бактериального ринита, характеризующаяся сухостью, отеком, резкой гиперемией слизистой оболочки носа (1-я группа). При цитологическом исследовании носовой слизи у этих больных отмечалось скопление клеток мерцательного эпителия с признаками дистрофии, наличие активных фагоцитов. Всем больным этой группы проводилось трехкратное НУЗ-орошение слизистой оболочки носа и глотки 3 мл человеческого интерферона на сеанс. Уже после 1—2 процедур хороший клинический эффект и нормализация цитологической картины отмечались у 61 пациента, удовлетворительный — у 23, временная утрата трудоспособности по ОРВИ — у 5.

2-я группа состояла из 53 больных со II стадией бактериального ринита. При риноскопии у них определялась умеренная гиперемия слизистой оболочки, иногда — с застойным оттенком, отек и наличие слизистых выделений. Цитологически отмечалось резкое снижение количества эпителиальных клеток, их деструкция, нарастание количества активных фагоцитов, носящее адаптационный характер.

Этим больным была применена двухступенчатая схема лечения. На первом этапе проводилось очищение слизистой оболочки верхних дыхательных путей от скопления слизи, клеточного детрита посредством НУЗ-введения слабо-щелочных растворов. Через 20 минут на втором этапе лечения создавалась нужная концентрация лекарственных веществ — диоксидина, лизоцима и др. Лечение проводилось 3 — 7 дней до нормализации клинической и цитологической картины, которая наступила у 52 больных.

В 3-й группе, состоявшей из 84 человек, отмечались выраженный отек и умеренная гиперемия слизистой оболочки носа, затруднение носового дыхания, наличие слизисто-гнойных выделений. Цитологически отмечалось дальнейшее нарастание клеточной деструкции, снижение фагоцитарной функции макрофагов, что клинически соответствовало затянувшейся и рецидивирующей формам заболевания. Лечение проводилось аналогично предыдущей группе, но второй этап включал введение антибиотиков с учетом чувствительности, соответствующих фагов, антисептиков, антигистаминных препаратов. После 5 — 7 сеансов такого лечения по мере нормализации цитологической картины для активизации репаративных процессов при помощи той же насадки "Роса" вводили биостимуляторы — солкосерил и витаон (5 — 7 сеансов). 17 человек из этой группы кроме НУЗ-лечения получали сульфаниламиды и антигистаминные препараты. Лечение проводилось до

клинического выздоровления и нормализации цитологической картины. Предложенный способ НУЗ-лечения бактериального ринита наиболее эффективен на I и II стадиях, то есть до появления цитологических признаков истощения местного иммунитета, и в 85,6% случаев предупреждает потерю трудоспособности. При затянувшихся и рецидивирующих формах бактериального ринита местное лечение оказалось достаточным у 79% больных.

Н. В. Мишенькин, К. И. Нестерова, В. И. Жаров, И. А. Нестеров

К вопросу повышения эффективности санации верхних дыхательных путей при патогенном бактерионосительстве

ЛОР-клиника Омской областной клинической больницы

Воспалительные процессы верхних дыхательных путей являются наиболее распространенной ЛОР-патологией в Западно-Сибирском регионе России. Их удельный вес составляет 40 — 43% в структуре общей заболеваемости населения. Еще более распространено бессимптомное бактерионосительство. Отдельные штаммы бактерий могут обуславливать как феномен аутоинфицирования, так и развитие коллективных инфекций, в том числе внутрибольничных. Общеизвестным методом лечения бактерионосительства является воздействие на микробный пейзаж слизистой оболочки верхних дыхательных путей бактериофагом. Эффективность его при обычном введении препарата в виде капель либо крупнодисперсного аэрозольного орошения слизистой оболочки носа составляет не более 49 — 63%, что авторы большей частью связывают с неравномерным распределением и концентрацией лекарства в ткани.

Для повышения эффективности санации верхних дыхательных путей от патогенных штаммов бактерионосительства нами разработана методика более равномерного и концентрированного орошения слизистой оболочки носа бактериофагом при воздействии на него низкочастотным ультразвуком (НУЗ). Мелкодисперсный аэрозоль фага создавался при помощи насадки "Роса", введенной в резонанс со стандартным НУЗ-генератором УРСК-7Н-18.

Серией микробиологических исследований было доказано, что по сравнению с контрольными посевами обработка фага НУЗ при частоте 26,5 кГц в течение 15, 30 или 60 секунд не снижает его литической активности и не вызывает мутации бактерий. Оптимальной для НУЗ-введения является доза 5 мл. Она не дает эффекта повышенной "фаговой опасности", при которой ДНК фага становится частью генетического аппарата бактерий и детерминирует токсикогенность и фагорезистентность последней.

По предлагаемой методике пролечено 84 бактерионосителя, 32 из них — стафилококковым бактериофагом, 14 — стрептококковым, 38 — полифагом. Каждому пациенту проведено по 3 сеанса процедур. При бактериологическом исследовании мазков со слизистой оболочки носа и глотки через неделю после фаголечения у 82 пациентов высевалась только сапрофитная микрофлора, у 2 — сохранялся патогенный штамм. В контрольной группе из 12 пациентов, лечившихся традиционным методом нанесения фага на слизистую оболочку

носа, санация достигнута у 6. Таким образом, предложенный способ НУЗ-введения бактериофага может быть использован для лечения бактерионосительства и предупреждения сопряженного с ним риска бактериальных осложнений.

Н. Н. Никонова

Озонотерапия гнойных гайморитов

Воронежская областная клиническая больница

На протяжении длительного времени озон использовали в санитарно-гигиенических целях благодаря его сильному бактерицидному действию. Применение озонированных растворов различных жидкостей и минеральных масел в медицине началось относительно недавно. В частности, озон используют для обработки очагов гнойной инфекции. Бактерицидные свойства озона делают целесообразным его использование для лечения больных с острым гайморитом или обострением хронического гнойного гайморита, а также для профилактики послеоперационной инфекции.

Озонирование стерильного изотонического раствора хлорида натрия осуществляли с помощью озонатора оригинальной конструкции ОЖ-2, разработанного сотрудниками Воронежской государственной медицинской академии. Полученный раствор с концентрацией озона 4 — 6 мг/л использовался для промывания верхнечелюстных пазух. Курс лечения продолжался 5 суток, по одному сеансу в день. Эффективность метода контролировалась данными передней риноскопии, рентгенографии, бактериологического исследования содержимого верхнечелюстной пазухи до и после лечения. Под наблюдением находилось 27 больных с острым гайморитом и 15 больных с обострением хронического гайморита, а также 12 пациентов, перенесших операцию Колдвуэлла-Люка. В контрольную группу вошли 20 пациентов, при лечении которых использовались традиционные методы. Использование изотонического озонированного раствора хлорида натрия позволяет добиться сокращения сроков лечения на 2 — 3 дня. Метод лечения хорошо переносится больными и не имеет противопоказаний.

Ф. Ф. Пекли, Г. Д. Тарасова

Использование эвкалимина при лечении гайморита у детей

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г. Н. Сперанского и Московский НИИ уха, горла и носа МЗРФ

Проблема выбора оптимального режима антибиотикотерапии до настоящего времени обсуждается в клинической медицине применительно к каждому заболеванию и каждому новому препарату. Нами проведено исследование эффективности нового растительного препарата эвкалимина при лечении острого и обостре-

ний хронического гнойного гайморита в детском возрасте. Эвкалимин — растительный препарат антибактериального и противовирусного действия, содержащий комплекс очищенных терпеновых фенолоальдегидов (эуглобалин) и тритерпенов, получаемых из листьев или побегов эвкалипта прутювидного семейства миртовых.

В исследовании участвовали 2 группы больных — основная и контрольная, включающие по 20 больных с острым и обострением хронического гнойного гайморита в возрасте от 6 до 14 лет. При отборе больных в группы принимались во внимание идентичность клинической картины, отсутствие у ребенка тяжелого сопутствующего заболевания, отсутствие данных об использовании антибиотиков до поступления в стационар. В 1-й группе использовали следующую схему лечения: *per rectum* 2 раза в день вводили суппозитории с эвкалимином по 0,03 г в течение 7 дней. Одновременно местно применяли 1% раствор эвкалимина, разведенный *ex tempore* стерильной дистиллированной водой 1:20 в виде капель (по 3 — 4 капли в каждую половину носа 3 раза в сутки). Тот же раствор, но в разведении 1:10 применяли для промывания верхнечелюстных пазух после пункции и удаления патологического содержимого. Во 2-й (контрольной) группе в полость носа вводили 0,5% раствор нафтизина, а для промывания верхнечелюстных пазух использовали 1% раствор диоксида. Внутримышечно вводили раствор ампициллина в возрастных дозировках в течение 7 дней. Следует отметить, что в нашем исследовании ни у одного больного исследуемой группы не было аллергических реакций и побочных эффектов на препараты эвкалимина.

В результате проведенного исследования отмечено, что продолжительность лечения острого гайморита и хронического гнойного гайморита в фазе обострения препаратами эвкалимина (основная группа) по сравнению с традиционной терапией (контрольная группа) практически одинакова. Субъективные ощущения и объективные критерии клиники заболевания в обеих группах ликвидировались в процессе лечения в сопоставимые сроки.

Таким образом, результаты применения препаратов эвкалимина в лечении детей с гнойным гайморитом свидетельствуют о том, что они не менее эффективны, чем традиционные методы терапии. Эти данные позволяют сделать вывод, что новые антибактериальные препараты эвкалимина (суппозитории и спиртовые растворы) наряду с антибиотиками могут быть рекомендованы для широкого использования при лечении острого и обострения хронического гайморита в детском возрасте.

Л. И. Пономарева

Сочетанное применение проспидина и низкоэнергетического лазерного излучения в противорецидивном лечении полипозного риносинусита

Кафедра оториноларингологии Тверской государственной медицинской академии

последние годы все большее значение в развитии хронического полипозного риносинусита придается состоянию иммунной системы. Многие авторы относят хронические полипозные риносинуситы к вторичным иммунодефи-

цитам (Б. С. Лопатин, 1984). Выявляемый у больных полипозным риносинуситом дисбаланс функциональной активности регуляторных и эффекторных субпопуляций лимфоцитов требует иммунокоррекции препаратами, стимулирующими супрессорную функцию Т-лимфоцитов. Для устранения иммунодефицита у больных хроническим полипозным риносинуситом целесообразно назначение иммуномодуляторов.

Целью работы было изучение действия низкоэнергетического лазерного излучения в сочетании с иммуномодулятором проспидином (Е. В. Бененсон и соавт., 1986) в противорецидивном лечении больных полипозным риносинуситом. Низкоэнергетическое лазерное излучение обладает иммуномодулирующим действием (И. Губачек и соавт., 1984, В. И. Купин и соавт., 1987). Иммуномодулирующее действие проспидина проявляется в существенном увеличении Т-супрессоров и нормализации коэффициента Т-супрессоры/Т-хелперы (Е. В. Бененсон и соавт., 1986).

Было обследовано 30 человек в возрасте от 16 до 72 лет, страдающих полипозным риносинуситом с частыми рецидивами и сопутствующими заболеваниями верхних дыхательных путей, такими, как бронхиальная астма и синдром Фернан-Видаля. У всех больных отмечались изменения в иммунном статусе организма, свидетельствующие о гиперфункции В-системы иммунитета, выявлено увеличение количества Т-хелперов, снижение содержания Т-супрессоров. В послеоперационном периоде всем больным проводился курс лазеротерапии с помощью физиотерапевтической лазерной установки "Узор" в импульсном режиме генерации с дискретной частотой 80 Гц в течение 256 сек. Одновременно в мелкие полипы инъецировали 0,5—1 мл раствора проспидина в концентрации 50 мг в 1 мл, после этого в средний носовой ход вводилась турунда, пропитанная 30% проспидиновой мазью. Курс лечения состоял из 8—10 ежедневных процедур. Отдаленные результаты прослежены в сроки 1,5—3 года. Рецидив отмечен у 1 больного (6,6%).

Таким образом, метод иммуномодулирующей терапии проспидином и низкоэнергетическим лазерным излучением в сочетании с хирургическим лечением обеспечивает длительный противорецидивный эффект у данной группы больных.

**А. Г. Рябинин, И. И. Архангельская,
В. А. Рябинин**

Комплексное лечение вазомоторного ринита у детей

Московский НИИ уха, горла и носа МЗРФ

Вазомоторный ринит (ВР) является широко распространенным заболеванием у детей. Сложность его этиологии и патогенеза создают значительные трудности в диагностике и лечении ВР в детском возрасте. Несмотря на многообразие предложенных методов лечения, ВР продолжает оставаться сложной и во многом нерешенной проблемой. Лечение ВР у детей следует начинать с санации очагов инфекции — аденоидита, заболеваний околоносовых пазух.

Нами успешно применяется комплексный метод лечения ВР, включающий инъекции 12,5% раствора этамзилата в нижние носовые раковины, эндоназальный фонофорез с инталом, а также воздействие посто-

янного тока низкой частоты на биологически активные точки. Как известно, электропунктурная рефлексотерапия является методом воздействия постоянного тока низкого напряжения на экстеро- и проприорецепторы организма. В одной процедуре были задействованы в зависимости от заболевания не более 6 точек. Пациенту придавали наиболее удобное положение (сидя или лежа), после процедуры рекомендовали отдых с постельным режимом в течение часа. Использовали следующие точки: T23 (шан-син), GJ20 (ин-сян), GJ4 (хэ-гу), GJ11 (цой-чи), E2 (сы-бай), VB20 (фен-чи), TR5 (вай-гуань), TR22 (хэ-ляо), R22 (бу-лан).

С помощью данного комплексного метода было пролечено 25 больных ВР в возрасте от 10 до 14 лет, из них 16 мальчиков и 9 девочек. Длительность заболевания в исследуемой группе составила от 2 до 5 лет. В контрольную группу вошли 11 больных ВР, получавших инъекции 1% раствора спленина в нижние носовые раковины в сочетании с эндоназальным фонофорезом со сплениновой мазью. При поступлении в стационар у всех больных отмечалась характерная клиническая картина заболевания: затруднение носового дыхания, обильные слизистые выделения из носа, чиханье. Риноскопическая картина характеризовалась отеком и бледно-синюшной окраской слизистой оболочки носовых раковин.

Курс лечения состоял из 10 сеансов. Во время проведения лечения мы не наблюдали каких-либо осложнений. После 5—7 сеансов у больных исследуемой группы носовое дыхание улучшалось, отек слизистой оболочки нижних носовых раковин становился меньше. После окончания курса лечения у 20 детей исследуемой группы получен положительный результат (полное восстановление дыхания и исчезновение всех симптомов заболевания), у 3 больных рецидив заболевания возник в результате перенесенного острого ринита, а у 2 — лечение не дало желаемых результатов. В контрольной группе положительный результат получен только у 6 больных.

Таким образом, полученные данные указывают на значительную эффективность при ВР комплексного лечения: эндоназального введения 12,5% раствора этамзилата, фонофореза с инталом и электропунктурной рефлексотерапии на биологически активные точки.

С. В. Рязанцев

Значение эндоназальных антигистаминных препаратов в лечении аллергических ринитов

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

соответствии с Международным консенсусом по диагностике и лечению ринита выделяются 3 основных группы фармакологических препаратов, имеющих приоритетное значение в лечении данного заболевания: блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов, стабилизаторы мембран тучных клеток и местные кортикостероидные препараты. Гистамин является одним из основных медиаторов, выделяемых тучными клетками и базофилами и обеспечивающих ведущие симптомы аллергического ринита — зуд, чиханье, ринорею. Являясь антагонистами гистамина, антигистаминные препараты эффективно используются для симптоматического лечения аллергического ринита, купируя перечисленные симптомы.

Различной степени выраженности седативный эффект, свойственный большинству антигистаминных препаратов, ограничивает их применение. В последние годы на фармакологическом рынке России появилось достаточное количество антигистаминных препаратов 2-го поколения, без седативного эффекта: терфенадин (трексил), астемизол (гисманал), лоритадин (klarитин), цетиризин (зиртек), эбастин (ке-стин). Это позволяет значительно расширить показания к назначению антигистаминных препаратов, однако практически все они метаболизируются в организме и выводятся с мочой, оказывая более или менее выраженное побочное действие на печень, почки, сердце и некоторые другие органы, что является сдерживающим фактором при их применении.

В настоящее время, применяя в лечении аллергических ринитов глюкокортикостероидные препараты, используют его эндоназальные формы: дексаметазон (дексариноспрей), беклометазона дипропионат (альдецин), флунизолид (синтарис), флутиказона пропионат (фликсоназе). К сожалению, отечественные оториноларингологи мало знакомы с этими препаратами. Назначение эндоназальных антигистаминных препаратов позволяет избежать нежелательных побочных эффектов и неудобств, связанных с приемом этих же лекарств внутрь. В России уже зарегистрированы две интраназальные формы антигистаминных препаратов — левокабастин (гистимет) и ацеластин (аллергодил), но они пока еще не получили распространения среди оториноларингологов-практиков.

Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи участвовал в исследовании эндоназального аэрозольного антигистаминного препарата аллергодил у больных аллергическими ринитами. Помимо селективного антагонизма в отношении гистамина, аллергодил подавляет продукцию или выделение многих медиаторов, участвующих в аллергических реакциях. По данным нашего исследования аллергодил проявил себя как эффективное и хорошо переносимое средство. Он обладает такой же эффективностью, как и применяемый местно кортикостероид. При длительном применении не развивается привыкания организма к этому препарату.

Опыт нашей работы с эндоназальными аэрозольными антигистаминными препаратами позволяет рекомендовать их для более широкого применения при лечении аллергических ринитов. Назначая данную форму антигистаминной терапии, мы добиваемся быстрого (через 15 минут) и стойкого (12 часов) лечебного эффекта, не вмешиваясь в процессы метаболизма и сохраняя возможность комбинации практически со всеми препаратами. При рассмотрении Российского консенсуса по аллергическому риниту считаю целесообразным включить в раздел лечения аллергического ринита группу эндоназальных антигистаминных препаратов, не учтенную в Международном консенсусе.

Н. К. Санжаровская, Г.
И. Мельникова

Использование рулида в лечении острых риносинуситов

Волгоградская государственная
медицинская академия

Рулид (рокситромицин) является новым полусинтетическим макролидным антибиотиком. Спектр его антибактериального действия довольно широк как в отношении грамположительных (стрептококки А, В, С, D; стафилококки), так и грамотрицательных (энтеробактерии, клебсиелла) и анаэробных микроорганизмов (фузобактерии, клостридии и др.). Кроме того, за последние годы многие авторы отмечают изменения в этиологии заболеваний верхних дыхательных путей (Moellering, 1991). Стали встречаться новые микроорганизмы, например, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma*, *Legionella*, развивающиеся внутри клеток и устойчивые к р-лактамным антибиотикам, которые плохо проникают через клеточную оболочку.

Особенностью заболеваний верхних дыхательных путей является их сезонность, причем в различные периоды заболевания вызываются различными возбудителями. Осенью и весной доминирует *H. influenzae*, а в зимне-осенний период — *S. pneumoniae* и *M. catarrhalis*. В связи со складывающейся эпидемиологической обстановкой возрастает интерес оториноларингологов к использованию макролидных антибиотиков. В этой группе наиболее известен эритромицин. Недостатки последнего (низкая стабильность в кислой среде, малая биодоступность, небольшой спектр антибактериального действия, склонность к быстрой селекции резистентных микроорганизмов) отсутствуют у другого антибиотика-макролида-рулида (рокситромицина). Наряду с хорошим проникновением в различные ткани, рулид медленно выводится и проникает в клетки организма, создавая высокие концентрации в слизистой верхнечелюстной пазухи, в глоточной и небных миндалинах, не обладает тератогенным и эмбриотоксическим действием (С. В. Яковлев, В. П. Яковлев, 1995).

Мы использовали рулид у 20 больных в возрасте 12 — 35 лет, страдающих острыми риносинуситами, в том числе при катарально-отечной форме гайморита — у 10, гнойном фронтите — у одного, гнойном гайморито-эмоидите — у 9. Всем пациентам проводили рентгенологическое исследование до и после лечения, определяли микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам. Выявляли также наличие грибковой флоры. Всем больным выполнялись пункции верхнечелюстных пазух, одному — трепанопункция лобной пазухи. Больные принимали рулид до еды по 100 — 150 мг два раза в день. Курс лечения составлял 5 дней. Все пациенты хорошо переносили препарат, побочных и аллергических реакций не отмечено. Наблюдалось быстрое стихание симптомов воспаления: снижение температуры тела, уменьшение головной боли, исчезновение симптомов интоксикации, ринореи, отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа, нормализация рентгенологической картины или показателей ультразвуковой эхо-синусоскопии. Наличие сопутствующего регионарного лимфаденита у 4 больных вызвало необходимость удлинения сроков лечения рулидом до 6 — 8 дней.

Таким образом, клиническая эффективность, хорошая переносимость и возможность приема 2 раза в сутки делают новый макролидный антибиотик рулид препаратом первого ряда при лечении острых риносинуситов у взрослых и детей, что позволяет рекомендовать его в широкую практику.

Л. Г. Сватко, Р. У. Батыршин, В. Н. Красножен, Р. В. Латыпов

Послеоперационное ведение больных полипозным гайморитом, перенесших эндоскопические операции

(Казань)

В последние годы при лечении полипозных гайморитов получили широкое распространение функциональные эндоназальные операции (Г. З. Пискунов, А. С. Лопатин, 1992; В. С. Козлов, 1993; Н. Stammberger, 1986). Вместе с тем, внедрение в практику данной техники показало, что помимо правильно выполненной операции большое значение имеет тщательное наблюдение за вновь сформированными структурами полости носа в послеоперационном периоде. Образование спаек с последующим стенозом соустьев пазух, особенно на фоне изменений иммунологической реактивности, приводит к развитию рецидивов полипозного риносинусита, в связи с чем важно правильное ведение послеоперационного периода. Существуют две точки зрения в отношении лечения подобного рода больных. Сторонники первого направления считают необходимым со 2-х суток после операции производить тщательный туалет операционной полости, удалять сгустки крови, следить за образованием грануляционной ткани, применяя аппликации различных мазей. Сторонники второго подхода к ведению послеоперационного периода стараются как можно меньше травмировать раневую поверхность, ограничиваясь использованием ингаляций.

Наше сообщение основано на ведении послеоперационного периода у 75 больных, подвергшихся эндоскопическим операциям, из них 23 пациента были с первично диагностированным полипозным гайморитом, 37 — с рецидивирующим полипозным гайморитом, 12 больных страдали рецидивирующим полипозным гайморитом в сочетании с бронхиальной астмой и непереносимостью аспирина. Всем больным до хирургического лечения было проведено иммунологическое исследование (иммуноглобулины крови класса А, М, G, показатели клеточного и гуморального иммунитета). В послеоперационном периоде все больные были разделены на две группы. Первая группа больных, состоящая из 40 человек, получала местное лечение, включающее тщательный туалет послеоперационной раневой поверхности, удаления сгустков крови, мазевых аппликаций и лазерного облучения низкоэнергетическим лазером в течение 10 дней. Вторая группа из 35 больных получала щадящее лечение, а именно: для регенерации раневой поверхности после операции им накладывались полоски угольного сорбента, увлажненного 15% водным раствором димефосфона с последующим ежедневным облучением низкоэнергетическим лазером в течение 10 дней. Использовались сорбенты АУТ-М2 и АНМ-Д, разработанные Пермским филиалом Российского института сорбентов. Применение сорбента в сочетании с 15% раствором димефосфона способствовало более быстрой эпителизации операционной раны, уменьшению раневого отделяемого и улучшению микроциркуляции в области операционного поля. Эпителизация в этой группе завершалась к 8—10 дню. Применение сорбента, по-видимому, оказывает также бактерицидное действие на микрофлору полости носа (Д. О. Манукян и соавт., 1994). Для предотвращения рецидива полипозного риносинусита у больных бронхиальной астмой мы применили препарат кеналог-40. Это также положительно сказалось на восста-

новлении дыхательной и обонятельной функции носа. В данной группе больных рецидив отсутствовал в течение года после операции.

Таким образом, сочетанное применение угольного сорбента с димефосфоном и воздействие низкоэнергетического лазера в послеоперационном периоде после эндоскопических операций у больных полипозным риносинуситом ускоряет репаративные процессы и предотвращает возникновение рецидивов.

Ф. В. Семенов

Лечение хронического катарального и субатрофического ринита ингаляциями анапской минеральной воды "Семигорская"

Кафедра болезней уха, горла и носа
Кубанской государственной медицинской академии

Одним из наиболее эффективных методов лечения хронических воспалительных процессов в слизистой оболочке верхних дыхательных путей является ингаляционная терапия. Среди большого количества применяемых для ингаляций веществ следует отметить минеральные воды. Многочисленными исследованиями установлено, что они оказывают благоприятное влияние на течение хронических катаральных, субатрофических и атрофических ринитов, улучшают защитные функции слизистой оболочки носа и других отделов дыхательных путей.

Минеральная вода Семигорского месторождения (25 км восточнее Анапы) относится к йодо-бромным хлоридно-гидрокарбонатным водам с минерализацией от 2 до 35 г/л. В обширной гидрогеологической литературе, охватывающей нашу страну и зарубежные курорты, не удалось найти описание минеральной воды, полностью аналогичной "Семигорской".

Нами изучена эффективность "Семигорской" минеральной воды при лечении больных хроническим катаральным и субатрофическим ринитом. Ингаляции производили через нос в виде низкодисперсных тепло-влажных аэрозолей. Производилось обильное орошение полости носа минеральной водой (40 — 50 мл на одну ингаляцию). В середине процедуры больному предлагалось тщательно высморкаться, чтобы очистить полость носа от патологического отделяемого. Курс лечения состоял из 15 процедур.

По указанной схеме проведено лечение 55 человек: 20 с хронической катаральной и 35 — с субатрофической формой ринита. Уже после 3 — 4-й ингаляции все больные отмечали субъективное улучшение: уменьшалось количество выделений из носа, восстанавливалось носовое дыхание, при атрофических процессах реже беспокоила сухость и образование корочек. При объективном обследовании у 14 из 20 больных с хроническим катаральным ринитом по окончании лечения отмечена полная нормализация риноскопической картины, у 6 человек сохранялись умеренная гиперемия и отечность слизистой оболочки носовых раковин, выделения в виде единичных тяжей. При хроническом субатрофическом рините после окончания курса ингаляционной терапии у 10 из 35 обследованных определялось небольшое количество корочек в области хрящевой части перегородки носа, у остальных 20 лиц патологических изменений не выявлено. До и после лече-

ния проведено исследование дыхательной, секреторной и калориферной функций носа. С помощью разработанной нами методики (Ф. В. Семенов, 1987) изучено функциональное состояние мерцательных клеток, а также клеточный состав мазков-печатков со слизистой оболочки. По окончании аэрозольной терапии у всех больных отмечалось улучшение перечисленных функциональных показателей.

Таким образом, ингаляции минеральной воды "Семигорская" оказывают положительное влияние на функциональное состояние слизистой оболочки носовой полости и являются эффективным методом лечения больных хроническим катаральным и субатрофическим ринитом.

В. П. Ситников, В. П. Воронович, Д. А. Затолока

Перистальтическая поверхностно-сорбционная перфузия в комплексном лечении больных, страдающих параназальными синуситами с синдромом эндогенной интоксикации

**Витебский медицинский институт,
городская больница № 1 (Беларусь)**

В механизме развития патофизиологических реакций у больных, страдающих воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, важная роль принадлежит синдрому эндогенной интоксикации (СЭИ) (В. М. Белый, 1987; В. К. Гостищев и соавт., 1992). К токсическим веществам, обуславливающим это состояние, относятся микробные эндотоксины, биологически активные вещества и многочисленные продукты нарушенного метаболизма, поступающие в кровь в концентрациях, значительно превышающих биологическую норму и вызывающих ряд субъективных и объективных симптомов у больного. Этому способствует обусловленное воспалением нарушение функционирования основных механизмов полости носа, в частности, угнетение активности мерцательного эпителия и повышение резорбтивной активности слизистой оболочки (Б. М. Сагалович, 1967). Нередко тяжесть состояния пациента определяется выраженностью СЭИ, тогда как локальные признаки основного заболевания (синусита) уходят на второй план. Целью исследования явилась разработка терапевтического комплекса, в который, наряду с традиционными методами лечения риносинуситов, были включены препараты, воздействующие на нормализацию функционального состояния полости носа и устранения СЭИ. Под нашим наблюдением находились 67 больных, страдающих острым синуситом или рецидивами хронического верхнечелюстного синусита, из них 37 мужчин и 30 женщин в возрасте от 16 до 65 лет. Всем больным было проведено полное клиническое обследование (передняя и задняя риноскопия, микрориноскопия, рентгенография и КТ околоносовых пазух). Изучена функция мерцательного эпителия, всасывательная и выделительная функции полости носа, проведены цитологическое исследование носового отделяемого и содержания секреторного иммуноглобулина А. По выраженности клинических симптомов условно выделены 3 степени СЭИ: легкая, умеренная и высокая.

Всем больным, наряду с традиционными методами

лечения синусита (пункции, антибиотики, сосудосуживающие капли в нос, физиолечение) был применен метод перистальтической перфузии активированной смесью (В. П. Воронович и соавт., 1996). Активированная смесь состояла из 0,03% раствора гипохлорита натрия и белосорба-II, представляющего собой порошковую форму углеволокнистого сорбента АУТ-МЛ, в соотношении 100:1. В основе лечебного воздействия смеси лежат мощная детоксикационная и антимикробная активность и уменьшение всасывания токсинов и метаболитов — продуктов тканевой альтерации (И. А. Белякова, 1991). После аппликационной анестезии и адренализации слизистой оболочки полости носа проводилось перистальтическое промывание соответствующей половины носа через оливу, соединенную с рабочей системой аппарата Peristaltic pump. Частота пульсации жидкости, создаваемая роликовым насосом, составлял 30 — 40 в минуту, давление струи — 0,05 кг/см², длительность процедуры — 3 — 4 мин. На 1 сеанс расходовалось 100-150 мл активированной смеси. Курс лечения состоял из 5 — 7 сеансов. Эффективность проводимого лечения оценивалась по исчезновению клинических признаков синусита, отсутствию СЭИ, нормализации показателей функционального состояния полости носа, которые достоверно улучшились в сравнении с таковыми у пациентов, получавших традиционное лечение. Сроки пребывания больных в стационаре сократились на 3 — 5 дней. Вышеизложенное подтверждает целесообразность включения предложенного метода в комплекс средств современного лечения риносинуситов.

Т. А. Семенова, А. С. Лопатин

Зависит ли эффективность лечения гайморита ингаляционным антибиотиком "биопарокс" от степени проходимости соустья верхнечелюстной пазухи?

**ЛОР-отделение поликлиники № 1
и Центральной клинической больницы
Медицинского центра УД Президента РФ**

Ингаляционный антибиотик фузафунжин (ло-кабиотал, биопарокс) в течение последних десяти лет с успехом применяется в лечении различных инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Помимо своего антибактериального, противогрибкового (M. German-Fattal, 1988) и противовирусного (D. Mobile et al., 1988) действия этот препарат обладает еще и противовоспалительным эффектом (A. Ghaem, C. Nagreu, 1988). Исследования, проведенные в России, подтвердили эффективность био-парокса в терапии таких заболеваний, как ангина, ларингит, острый и хронический синусит (С. В. Рязанцев, 1995; Л. А. Лучихин и соавт., 1996; Ю. М. Овчинников, В. М. Свистушкин, 1996). Есть и сообщения о том, что степень проникновения лечебных аэрозолей в верхнечелюстную пазуху зависит от размеров максиллярного соустья (N. Нуо et al., 1989). Если так, то и лечебный эффект биопарокса должен зависеть от этого фактора. В связи с этим нас заинтересовало сравнение эффективности биопарокса в комплексном лечении хронического гайморита при нормальной и нарушенной проходимости максиллярного соустья.

В исследование были включены 34 пациента с острым и обострением хронического гайморита, в том числе перенесшие ранее эндоназальные операции на верхнечелюстной пазухе. Возраст больных - от 18 до 72 лет, мужчин было 12, женщин - 22. Больные, перенесшие ранее операцию Колдуэлла-Люка или вскрытие верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход, а также страдающие бронхиальной астмой и аспириновой триадой, из исследования исключались. Всем пациентам предлагали оценить выраженность затруднения носового дыхания, головной боли, нарушения обоняния, а также количество выделений из носа и в носоглотку по десятибалльной шкале при обращении, на седьмой и двадцать первый дни лечения биопароксом. В день обращения производились компьютерная томография или рентгенография околоносовых пазух, эндоскопическое исследование полости носа, общий анализ крови, бактериологическое и цитологическое исследование отделяемого из полости носа и пункция верхнечелюстной пазухи или ее промывание через соустье в среднем носовом ходе.

Больные были разделены на три группы в зависимости от степени проходимости максиллярного соустья, которая оценивалась в соответствии со схемой А. С. Лопатина и Г. З. Пискунова (1995). В первую группу были включены 14 пациентов с нормальной проходимостью соустья, во вторую - 10 пациентов с I степенью нарушения проходимости, а в третью - еще 10 больных с нарушением проходимости II и III степени или полной блокадой соустья. Все больные помимо ингаляций биопарокса (по 4 дозы в каждую половину носа 4 раза в день) получали перорально аугментин по 0,375 три раза в день в течение недели, сосудосуживающие капли, микроволновую терапию и промывание полости носа теплым физиологическим раствором два раза в сутки.

На седьмые и двадцать первые сутки от начала лечения больные обследовались повторно. Симптомы заболевания при первичном обследовании были наиболее выражены в третьей группе больных, а регресс симптоматики на фоне лечения был более отчетливым в первой и второй группах, однако к 21 дню у пациентов всех групп симптомы гайморита практически отсутствовали. У больных первой группы, перенесших ранее эндоназальное вскрытие верхнечелюстной пазухи, симптомы купировались заметно быстрее, чем у неоперированных больных. Интересно, что у 11 пациентов цитологическое исследование установило аллергический характер воспалительного процесса в околоносовых пазухах. Несмотря на то, что больным не назначались антигистаминные и кортикостероидные препараты, проявления аллергического воспаления на фоне лечения биопароксом купировались так же быстро, как и у больных с банальным воспалительным процессом. Вероятно, противовоспалительное действие биопарокса проявляется во всех ситуациях, в том числе и при аллергическом характере воспаления.

Мы считаем, что биопарокс является эффективным средством лечения верхнечелюстного синусита. Его действие наступает быстрее, если проходимо естественное соустье пазухи, но и в случаях, когда соустье заблокировано, назначение биопарокса помогает восстановить его проходимость и затем быстро санировать воспалительный процесс.

И. Б. Солдатов, А. С. Шпигель, Г. К. Пшеницына, Л. Б. Осипов

Использование антигомотоксических средств в лечении вазомоторного ринита

Кафедра оториноларингологии
Самарского государственного
медицинского университета

Многообразие методов, используемых в лечении больных вазомоторным ринитом, подтверждает сложность стоящей перед клиницистами задачи и проблематичность получения устойчивого результата. Зачастую, следуя основной цели восстановления дыхательной функции носа, врачу трудно избежать применения средств, повреждающих слизистую оболочку носа. Впоследствии это создает предпосылки для рецидива заболевания в полости носа и околоносовых пазух.

Мы применили гомеопатические препараты, лишенные отрицательных эффектов, способствующие регенерации тканей и восстановлению иммунитета, в лечении больных аллергической формой вазомоторного ринита. К настоящему времени мы имеем опыт применения антигомотоксических лекарственных средств, производимых фирмой "Хеель": *Euphorbium compositum* и *Mucosa compositum*.

Под нашим наблюдением находилось 37 больных, среди которых было 10 мужчин и 27 женщин, страдающих аллергической формой вазомоторного ринита от 1 года до 25 лет. Как правило, обращение пациентов совпадало с обострением заболевания. На курс лечения мы назначали спрей *Euphorbium compositum* по 1 — 2 впрыскивания 3 — 5 раз в сутки в течение 14 — 20 дней, одновременно внутримышечно вводился раствор *Mucosa compositum* в количестве 2,2 мл 1 раз в 5 дней. В случае необходимости проводился повторный курс лечения. Критериями эффективности служили динамика клинической картины заболевания, данные видеоэндоскопии полости носа, показатели температуры, влажности, pH слизистой оболочки носа, результаты ринорентгенографии и мукоцилиарного клиренса, дыхательной и обонятельной функций. Особое внимание обращалось на состояние слизистой оболочки при полипозе носа.

Неблагоприятной реакции на препараты и отрицательных результатов лечения мы не наблюдали. В 65,3% случаев лечение было эффективным, что позволяет нам рекомендовать гомеопатическую терапию в качестве безопасного самостоятельного средства лечения больных с аллергической формой вазомоторного ринита. Необходимым условием мы считаем длительную поддерживающую терапию гомеопатическими препаратами.

С. Л. Трофименко, Ю. Г. Кириченко

Лечение рецидивирующего полипоза носа новым топическим кортикостероидом фликсоназе

Ростовский государственный
медицинский университет,
Ростовский филиал РОПБ

Проблема этиологии и лечения рецидивирующих полипов носа (ПН) остается нерешенной. Широко известна многофакторная теория этиологии и патогенеза полипоза носа. Н. А. Арефьева и соавт. (1991, 1996) считает ведущим патогенетическим фактором иммунопатологические процессы с развитием, в конечном итоге, иммуно-комплексного варианта поражения сосудов и гиперпластических процессов в слизистой оболочке носа. На значение иммунопатологических реакций в формировании ПН указывают D. A. Moneret-Vautrin (1991), П. Брандтзэг (1996), В. П. Быкова (1996) и др. Н. М. Хмельницкая и соавт. (1994) при гистоморфологическом исследовании рецидивирующих ПН обнаружили характерные признаки иммунного воспаления со скоплением иммунокомпетентных клеток, специфическими изменениями стенок сосудов, отеком и фиброзом стромы.

Нами проанализированы результаты гистологических исследований ПН у 178 больных. У 65 из них полипы были железистыми, в резко отечной строме обнаруживалось изобилие желез типичного строения, некоторые из них, растягиваясь, превращались в кисты. Нередко в просвете кистозно расширенных желез находились белковые депозиты, в строме отмечались признаки коллагенизации. Стромальная воспалительно-клеточная инфильтрация в таких полипах была выражена слабо. В этой группе преобладали лица старше 50 лет (72,3%) с редким рецидивированием ПН. У остальных 113 больных наряду с резким отеком и незначительным фиброзом стромы отмечались выраженная инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками, эозинофилами, гистиоцитами и немногочисленными полинуклеарами, изменения сосудов в виде эктазии и полнокровия, отек эндотелия, наличие лимфоплазматических муфт. В этой группе оказались более молодого возраста (53,7% до 50 лет) и у них наблюдались неоднократные рецидивы ПН.

С учетом того, что рецидивирующий полипозный процесс в полости носа протекает с явлениями иммунного воспаления и специфической тканевой реакцией, ведущим в лечении этой патологии, по мнению большинства исследователей, является применение топических кортикостероидов (КС). Как известно, КС ингибируют активацию иммунокомпетентных клеток, продукцию цитокинов и медиаторов иммунного воспаления, снижают гиперактивность к антигенам и различным триггерным факторам. На сегодняшний день оптимальным топическим КС является флутиказона пропионат (Flixonase, Glaxo-Wellcome). Низкая системная биодоступность (менее 1%), высокая липофильность, селективность и аффинность этого препарата к рецепторам клеток обеспечивают максимальный местный противовоспалительный эффект. Мы использовали водный назальный спрей фликсоназе в лечении 16 больных рецидивирующими ПН. Курс составил 8—12 недель. Эффективность лечения оценивали по местным субъективным симптомам, отмечаемым больными в ежеднев-

ных индивидуальных дневниках, по данным риноскопии и по гистоморфологическим изменениям полипов до и после лечения. Наилучший эффект наблюдался у больных к концу лечения, особенно при длительном применении препарата. Риноскопически отмечалось уменьшение отека слизистой оболочки носа, изменение ее цвета до розового, сокращение полипов, исчезновение обструкции носовых ходов. Гистоморфологическое исследование полипов определяло усиление васкуляризации без признаков повышения сосудистой проницаемости, уменьшение стромального отека, имфолазмотарной инфильтрации, при сохраняющихся инфильтрации эозинофилами и фиброзе стромы. Наблюдение за больными в течение года после лечения свидетельствует о необходимости длительной терапии фликсоназе и повторных курсов лечения.

Р. К. Тулебаев, С. А. Оспанова,
О.Ж. Искендинова

Эндолимфонодулярная антибиотикотерапия при заболеваниях верхнечелюстной пазухи

Шымкентский государственный
медицинский институт

Ведущая роль в комплексном лечении воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи отводится применению антибактериальных препаратов. При проведении антибактериальной терапии, помимо идентификации возбудителей и определения их чувствительности к антибиотикам, необходимо учитывать фармакокинетику конкретного препарата и его концентрацию в тканях верхнечелюстной пазухи. Кефзол, антибиотик из группы це-фалоспоринов, обладает широким спектром действия в отношении большинства микроорганизмов, широко применяется в комплексном лечении гайморита. Фармако-кинетика кефзола и ее зависимость от метода введения недостаточно изучены, что является серьезным препятствием в разработке оптимальной разовой, суточной, курсовой дозировки.

В настоящей работе представлены результаты изучения фармакодинамики кефзола при эндолимфонодулярном и внутримышечном путях введения. Исследования проведены у 11 больных, оперированных по поводу острого гнойного хронического гайморита. Больным основной группы (6) 0,5 г кефзола, разведенного в 2,0 0,25% раствора новокаина, вводили перед операцией в подчелюстной лимфатический узел. Больные контрольной группы (5) получали кефзол в той же дозировке внутримышечно. Забор биоптатов производили через 1, 2 и 12 часов после введения кефзола. Всем больным произведена операция на верхнечелюстной пазухе по методике Колдуэлла-Люка. Содержание антибиотика в биологических тканях определяли методом диффузии в агар, используя тест-микроб *B. Subtilis*. Через 1 час после однократного эндолимфонодулярного введения кефзола концентрация препарата в крови из операционной раны составила 14,1 мкг/мл. Через 2 часа после введения концентрация кефзола в костной стружке из передней стенки верхнечелюстной пазухи была 10,8 мкг/г, а через 12 часов в отделяемом из пазухи — 8 мкг/мл. Через 2 часа после внутримышечного введения определялись следы антибиотика в крови из пазухи и кости передней стенки верхнечелюстной

пазухи. Полученные данные свидетельствуют о том, что концентрация кефзола в крови и гное может служить достоверным показателем для оценки содержания препарата в области операционной раны. Все это позволяет сделать вывод о целесообразности использования эндолимфодулярного введения кефзола, обеспечивающего асептичность оперативного вмешательства для профилактики послеоперационных осложнений, а также в комплексном лечении воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух.

Эффективность эндолимфодулярного введения кефзола мы объясняем гипотезой лейкоцитарного транспорта, сформулированной С. В. Лохвицким и соавт. (1987). Предполагается, что в подчелюстном лимфатическом узле создается сверхвысокая концентрация антибиотика, который связывается с микрофагами и лимфоцитами. Клетки циркулируют по кругу лимфоузла - очаг воспаления, перенося с собой антибиотик, который освобождается в результате разрушения лейкоцитов в очаге воспаления.

Б. М. Цецарский, В. И. Братусь

Комплексное лечение больных вазомоторным ринитом с использованием курортных факторов Кисловодска

Ставропольская государственная медицинская академия

Применение криогенного воздействия на слизистую оболочку полости носа при нейро-рефлекторной форме вазомоторного ринита обосновано в ряде исследований местным улучшением состояния сосудистого тонуса. Аппликационная сорбция тканевым угольным сорбентом марки АУТ-М2 нашла широкое применение в лечении различных форм риносинуситов в клинике ЛОР-болезней Ставропольской медицинской академии. Кисловодский курорт характеризуется благоприятными экологическими и климатическими условиями, имеет ландшафт среднегорья. Среднегодовое давление воздуха приблизительно на 70 мм рт. ст. ниже уровня моря. Среднегодовая температура воздуха +7,9° С. Относительная влажность воздуха колеблется в течение года от 56 до 64% при постоянно интенсивном солнечном свете.

Нами обследовано 39 пациентов с нейрорефлекторной формой вазомоторного ринита из различных регионов СНГ, находившихся на санаторно-курортном лечении в Кисловодске по поводу патологии сосудистой системы. Возраст больных составил от 17 до 41 года, длительность заболевания — от 1 до 6 и более лет. Женщин было 25, мужчин — 14. Курс лечения включал криовоздействие на слизистую оболочку полости носа (7—10 процедур), аппликационную сорбцию — (13—15 воздействий), нарзанные ванны по общепринятой методике, терренкур, интраназальные ингаляции минеральной воды нарзан (10—12). Помимо этого, в случае необходимости использовали медикаментозные препараты по рекомендации терапевта. После предварительной поверхностной анестезии и анемизации слизистой оболочки полости носа официальным раствором адреналина проводили точечную криотерапию криоаппликатором Комарова, время экспозиции 15—30 секунд,

область воздействия — нижние и средние носовые раковины; манипуляцию проводили ежедневно с одной стороны. Сорбент АУТ-М2 предварительно смачивали изотоническим раствором NaCl и вводили в полость носа с противоположной от криовоздействия стороны на 30—45 минут. Криовоздействие на слизистую каждой половины носа осуществляли поочередно с целью ее наименьшей травматизации. Внутринозовые ингаляции нарзана подключали с 12—15-го дня лечения, терренкур и нарзанные ванны пациента получали в различные сроки по рекомендации терапевта.

При оценке результатов лечения учитывали общее состояние больных, местные клинические проявления, а также данные риноскопии. Положительный эффект отмечен у 32 человек (прекращение или уменьшение заложенности носа, серозного отделяемого из полости носа, нормализация риноскопических данных). У 7 пациентов улучшение было незначительным. Таким образом, лечебный комплекс, включающий криотерапию слизистой оболочки полости носа, аппликационную сорбцию и курортные факторы Кисловодска, является эффективным методом лечения больных нейрорефлекторной формой вазомоторного ринита.

С. А. Чемезов, Л. П. Ларионов, Н. Е. Кульминская, Н. И. Щеткина

Использование углекислотных экстрактов на кристаллическом носителе для ингаляционной терапии риносинуситов

Кафедра фармакологии Уральской государственной медицинской академии, НПФ "Гран", Екатеринбург

Основной принцип лечения синуситов состоит в рациональном сочетании общих мер воздействия на организм с местным лечением. Целью местного лечения является создание оптимальных условий для дренирования очага воспаления, подавление местной инфекции и стимуляция репаративных процессов. Традиционно используемые для этого лекарственные средства имеют ряд недостатков. Так, антибиотики в высокой концентрации и гидрокортизон угнетают активность мерцательного эпителия, а растворы при использовании метода перемещения плохо проникают в пазухи через естественные отверстия.

Мы применяли углекислотные экстракты (УЭ) на кристаллическом носителе для ингаляционной терапии риносинуситов. Интерес к ингаляционной терапии обусловлен следующими ее преимуществами перед обычными способами:

- абсолютная безболезненность (что особенно важно в детской ЛОР-патологии);
- повышение активности препаратов за счет увеличения общего объема лекарственной взвеси и поверхности контакта;
- быстрая всасываемость и поступление лекарств к тканям;
- препарат не разрушается в желудочно-кишечном тракте.

В виде аэрозолей применяют растворы лекарственных

ных веществ, минеральные воды, масла и отвары трав.

Нами предложено применение УЭ на кристаллическом носителе в качестве средства для ингаляционной терапии синуситов. Углекислотные экстракты лекарственных и пищевых растений обладают высокой антибактериальной, противомикробной, противогрибковой, противовоспалительной и репаративной активностью. В отличие от настоев и отваров УЭ имеют длительный срок хранения, пригодны для изготовления лекарственных форм на бесспиртовой основе. В качестве носителя УЭ выбраны кристаллы древнего Пермского моря, обладающие уникальным ионным составом O_2 , Vg , K , Ca , Mg и т. д). Оригинальная лекарственная форма позволяет готовить растворы для паровых, тепловлажных, влажных и ультразвуковых ингаляций (ex tempore).

Апробация проводилась на базе поликлинического отделения ДБ № 10 Екатеринбурга и детского ЛОР-отделения ДМО № 3 Нижнего Тагила. Лечение проведено 200 пациентам по следующей методике: раствор готовится ex tempore из расчета 5 — 8 г кристаллов "Легран" на 200 мл дистиллированной воды. Ингаляции, от 5 до 14 на курс, отпускаясь 1 раз в день в поликлинике и 2 раза в день в условиях стационара в комбинации с пункциями, введением препаратов методом перемещения или дренированием. Для ингаляций использовались кристаллы УЭ мяты, шалфея, пихты, гринделии. Процедуры выполнялись в основном с использованием ультразвуковых ингаляторов "Вулкан".

Все пациенты были условно разделены на 2 группы — с острым и хроническим риносинуситом. Анализ результатов лечения показал высокую эффективность как в 1-й, так и во 2-й группе. Оценивались динамика носового дыхания, уменьшение отека слизистой оболочки, исчезновение гнойного отделяемого. Установлена хорошая переносимость различных видов препарата. Таким образом, можно полагать, что УЭ лекарственных растений на кристаллическом носителе, обладающие фитонцидными свойствами, могут применяться в комплексной терапии риносинуситов, в том числе в сочетании с бронхолегочной патологией, особенно в детской ЛОР-практике.

Б. А. Черняк, И. И. Воржева

Клинико-этиологические особенности аллергических сезонных ринитов в Восточной Сибири и эффективность их специфической иммунотерапии

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РФ

роме общих закономерностей патогенеза, аллергические сезонные риниты (АСР) характеризуются региональными особенностями, что связано с климато-географическими условиями, видовым составом растений и календарем их цветения, аллергенностью пыльцы, загрязненностью воздушной среды аэрополлютантами. С целью изуче-

ния этиологической структуры АСР в Восточной Сибири проведено клинико-аллергологическое обследование 205 больных поллинозом в возрасте от 14 до 60 лет (средний возраст $33,6 \pm 1,2$ года) и продолжительностью заболевания в пределах от 1 до 31 года (средняя продолжительность $7,8 \pm 0,6$ лет). Аллергологическое исследование с пыльцевыми аллергенами (их набор формировался с учетом данных аэрополлинологических исследований в регионе) включало кожные пробы, назальные провокационные тесты, определение специфических Ig E. Особенности клинической картины и тяжести АСР оценивались с помощью дневников самонаблюдения больных, которые велись на протяжении всего сезона цветения растений, начиная с 3-й декады апреля до 1 — 2-й декады октября. Использование балльной оценки симптомов позволило провести клинико-аэрополлинологические сопоставления и на основании количественных критериев провести сравнительную оценку различных вариантов АСР. Состояние бронхиальной реактивности изучено у 83 больных с помощью ингаляционного гистаминового теста.

Как показало проведенное исследование, наиболее частой причиной АСР в Восточной Сибири является сенсibilизация к пыльце сорняков (63%) и луговых трав (51%), несколько реже отмечается аллергия к пыльце деревьев (40%). Среди сорняков наиболее значимой является аллергия к пыльце полыни (98%) и маревых (лебеда, марь) — 44%. Для пыльцы луговых трав спектр сенсibilизации значительно шире и включает чаще всего тимофеевку (94%), овсяницу (91%), ежу (87%), вейник (80%), мятлик (75%). Среди продуцентов аллергенной пыльцы деревьев и кустарников преобладают береза (100%) и ольха (86%). Анализ всего комплекса клинико-аллергологических исследований показал, что в Восточной Сибири могут быть выделены 3 основных варианта АСР: 1) моновалентный, обусловленный аллергией к пыльце только одной из групп растений (дерева, злаки или сорняки); 2) бивалентный вариант, характеризующийся сенсibilизацией к пыльце двух групп растений; 3) поливалентный - обусловленный гиперчувствительностью к пыльце всех трех групп растений. Не удивительно, что самым тяжелым среди выделенных вариантов оказался АСР с поливалентной сенсibilизацией, чему соответствует наибольшая продолжительность ($120,6 \pm 3,9$ дней) и выраженность симптомов (клинический индекс $12,1 \pm 0,9$). При сравнении клинических особенностей моновалентных форм необходимо отметить более тяжелое течение АСР, обусловленного аллергией к пыльце сорняков. Этому соответствуют и более высокие показатели сенсibilизации к пыльце полыни как по данным назальных провокационных тестов, так и по уровню аллерген-специфических Ig E.

Специфическая иммунотерапия (СИТ) позволяет достигнуть отличных и хороших результатов в зависимости от клинико-этиологического варианта АСР у 73 — 94% больных. Меньшая эффективность отмечается при гиперчувствительности к пыльце полыни и поливалентной сенсibilизации, а наиболее успешным является лечение при аллергии к луговым травам. Существенное влияние на эффективность СИТ оказывает длительность и непрерывность лечения. Помимо редукции клинических проявлений АСР СИТ сопровождается снижением уровня пыльцевой сенсibilизации и бронхиальной гиперреактивности, что позволяет рассматривать ее и как фактор первичной профилактики пыльцевой бронхиальной астмы.

Б. А. Черняк, Л. А. Горячкина, И. И. Боржева, Н. М. Ненашева

Результаты лечения аллергического круглогодичного ринита интраназальным глюкокортикостероидом фликсоназе

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва), Иркутский институт усовершенствования врачей

Воспаление, лежащее в основе аллергического круглогодичного ринита (АКР) и характеризующееся сложным межклеточным взаимодействием с участием тучных клеток, эозинофилов, лимфоцитов и продуцируемых ими медиаторов, диктует необходимость применения противовоспалительных средств и, в частности, интраназальных глюкокортикостероидов (ИГКС). Среди последних пристальное внимание клиницистов в последние годы привлекает препарат новой генерации фликсоназе (Ф) (Glaxo Wellcome, Великобритания), используемый в виде назального спрея (0,05% водная суспензия микронизированного флутиказона пропионата). Высокая противовоспалительная активность, низкая биодоступность и хорошая переносимость Ф, продемонстрированные в ряде зарубежных исследований, позволяют считать препарат достаточно безопасным при длительном применении. В нашей стране опыт длительного лечения больных АКР с использованием Ф недостаточен, в связи с чем и было предпринято настоящее исследование, цель которого — оценить эффективность и безопасность препарата у больных АКР со среднетяжелым и тяжелым течением в процессе 8-недельной терапии.

Лечение Ф проведено 37 больным АКР в возрасте от 19 до 59 и длительностью заболевания от 1 года до 23 лет. Препарат назначался ежедневно в утренние часы в дозе 200 мкг и при недостаточном клиническом эффекте предусматривалась возможность увеличения дозы до 400 мкг в сутки. Эффективность Ф характеризовалась динамикой симптомов АКР (блокада носового дыхания, насморк, чиханье, зуд в носу, слезотечение), которые оценивались по 4-балльной шкале на основании дневников самонаблюдения пациентов и осмотра врача до лечения, еженедельно в процессе лечения и по его окончании. Положительная динамика в клинической картине АКР на фоне применения Ф наблюдалась у больных, начиная с 3 — 4 дня приема препарата, и сохранялась до конца лечения, что параллельно документировалось как пациентами в дневниках самонаблюдений, так и врачами, оценивающими эффективность проводимой терапии. Количественные показатели, определяющие выраженность симптомов в ходе лечения, свидетельствовали о статистически достоверном на 95% доверительном уровне уменьшении клинических признаков заболевания уже в конце первой недели терапии. В 78% случаев первоначально назначенная доза Ф, равная 200 мкг, оказалась достаточной и использовалась до конца лечения. У остальных больных с наиболее тяжелыми проявлениями АКР в связи с недостаточным эффектом терапии доза Ф увеличивалась на период в 2 — 4 недели до 400 мкг в сутки. При использовании Ф у 33 больных (89%) был получен отличный

53

результат лечения, у 3 больных (8%) — хороший результат и у 1 пациента эффект был расценен как удовлетворительный. Обращает на себя внимание хорошая переносимость препарата: лишь у 4 пациентов (11%) отмечались побочные явления в виде легкого жжения или сухости в носу, которые исчезали через 3—15 дней самостоятельно и ни в одном случае не явились поводом для отмены Ф или снижения его дозы.

Обобщая полученные результаты, можно сделать следующие выводы. Ф является высокоэффективным, безопасным и удобным в использовании (возможность однократного приема в день) противовоспалительным средством для лечения АКР со среднетяжелым и тяжелым течением, что позволяет использовать его в качестве монотерапии, полностью контролирующей течение заболевания. Учитывая, что эффект препарата проявляется постепенно, становясь значимым на 7—8-е сутки, и продолжает развиваться в последующие недели терапии, необходимо длительное (многочесное) его применение, если невозможна полная элиминация причинно-значимого аллергена или эффективная специфическая иммунотерапия.

А. А. Шиленков, В. С. Козлов, С. К. Жуков

Тактика ведения больных после микроэндоскопических эндоназальных операций на околоносовых пазухах

Ринологический центр, Ярославская областная клиническая больница

Анализ результатов компьютерной томографии и эндоскопии позволяет утверждать, что при хроническом синусите в воспалительный процесс вовлекаются не только околоносовые пазухи (ОМП), но также в той или иной степени и внутриносовые структуры. Отсюда следует, что для достижения успеха в хирургическом лечении требуется проведение одноэтапной операции, включающей вмешательство на всех пораженных ОМП, а также на перегородке и раковинах. Несмотря на то, что в ходе вмешательства используется микроэндоскопическая техника, пациенту наносится достаточно большая травма. Весьма важным моментом является то, что верхняя стенка послеоперационной полости находится в области *fovea ethmoidalis*, являющейся основанием черепа. Большой опыт микроэндоскопических операций на структурах полости носа (более 1200 вмешательств) привел нас к выводу о том, что послеоперационное ведение данных пациентов требует разделения его на этапы и разработки соответствующей тактики для каждого этапа. Мы разделяем послеоперационный период на ранний (с 1-го по 8-й день после вмешательства), поздний (с 9-го дня по 1,5 — 2 месяца) и этап динамического наблюдения (до 2 лет).

Операция заканчивается введением "пальчиковых" тампонов, которые удаляются через сутки. Начиная со 2-го дня, при помощи отсоса производится удаление фибринозного налета и кровяных сгустков. В этот же день назначается носовой душ с 0,9% раствором NaCl по методике Г. И. Маркова и соавт. (1989). Туалет поло-

сти носа и носовой душ производятся ежедневно до 8-го дня (день выписки из стационара). В случае избыточного образования корок больному назначаются мазевые аппликации, которые он осуществляет самостоятельно три раза в день. Целесообразно назначение мазей с антибиотиком на основе ланолина, так как он способствует размягчению корок. При полипозной и полипозно-гношной формах с 3 дня назначают интраназальный аэрозоль альдецин (беклометазон дипропионат) — 300 мкг в сутки. Беклометазон рекомендуется использовать в течение 2 — 6 месяцев. После выписки из стационара пациенту рекомендуется посещать врача риноцентра в поликлинике 2 раза в неделю в течение 1 месяца. Во время визита производится эндоскопический контроль за операционными полостями, во время которого удаляются корки, рассасываются спайки, при необходимости осуществляется ирригация ОНП. Таким образом осуществляется формирование полостей с максимально ровными стенками. Поздний этап заканчивается полным заживлением раны и исчезновением ринологической симптоматики. Основной проблемой на этапах динамического наблюдения является респираторная инфекция, которая может привести к рецидиву синусита. Поскольку в результате операции формируется достаточно широкое сообщение между ОНП и полостью носа, идеальным методом лечения рецидивов является ЯМИК-метод. Следует объяснить пациенту, что чем раньше он обратился к ринологу, тем легче будет купировать обострение. Выбор антибактериального препарата, вводимого при ЯМИК-процедуре, а также количество процедур зависят от формы патологического процесса. При гнойном процессе выполняются 3 — 5 процедур в течение 2 недель, при полипозно-гношном синусите — 3 — 4 процедуры в течение недели и затем одна процедура в неделю в течение 1 месяца.

Разделение послеоперационного периода на 3 этапа и проведение лечебных мероприятий, соответствующих каждому из них, позволяют контролировать ход заживления раны, что в конечном итоге способствует существенному улучшению результатов хирургического лечения.

А. С. Юнусов, Г. Д. Тарасова

Полипозный риносинусит: использование терапевтического лазера

Московский НИИ уха, горла и носа
МЗРФ

Комплексный подход в тактике ведения больных с полипозным риносинуситом является общепризнанным и наиболее эффективным. Нами разработан и использован комплекс лечения детей, страдающих полипозным риносинуситом, включающий предоперационную подготовку, хирургическое вмешательство и последующую противорецидивную терапию. Исследуемую группу составили 12 детей в возрасте от 6 до 14 лет с длительным (более 2 лет) течением заболевания.

Предоперационная подготовка больных включала в себя общеклиническое и иммунологическое обследование, использование терапевтического лазера "Ягода ОКГ-

12" для снятия отека слизистой оболочки полости носа и назначения лекарственных препаратов антигистаминного действия. Курс лазеротерапии состоял из 3 — 5 процедур мощностью 10—15 мВт/см² и экспозицией 5 — 7 мин. (детям от 6 до 8 лет) и 7 — 10 мин. (детям старше 8 лет). Определение количества процедур и их продолжительности основывалось на клинике заболевания каждого конкретного больного (от длительности и распространенности процесса, частоты рецидивов заболевания и продолжительности периодов ремиссии). В результате использования лазеротерапии в предоперационном периоде было отмечено значительное уменьшение отека слизистой оболочки полости носа и восстановление проходимости естественных соустьев околоносовых пазух. Объем хирургического вмешательства зависел от локализации и распространенности полипозного процесса. В процессе операции применяли ультразвуковое хирургическое воздействие.

С целью профилактики рецидивов через 2 недели после оперативного вмешательства назначали курс эндоназального фонофореза с гепариновой мазью, состоящий из 10 процедур. Применение гепарина было основано на его восстанавливающем координирующем иммунного ответа действии.

В результате примененного нами комплексного подхода к ведению больных полипозным риносинуситом была достигнута стойкая ремиссия. Отмечены лишь незначительные реактивные явления, исчезающие, как правило, на 4-й день после операции, что способствовало сокращению срока пребывания больного в стационаре.

Дальнейшее наблюдение детей в течение 5 лет выявило лишь один случай рецидива полипов у девочки с поливалентной аллергией, длительностью предоперационного течения заболевания более 6 лет и наличием сопутствующей эндокринной патологии. Можно сделать вывод о целесообразности и эффективности разработанной нами тактики ведения больных. Особенно следует отметить положительное воздействие терапевтического лазера в период предоперационной подготовки.

С. А. Юркин

Мануальная терапия шейного отдела позвоночника при атрофическом рините

Кафедра ЛОР-болезней Тверской
государственной медицинской академии

Причиной атрофии слизистой оболочки полости носа многие авторы считают нарушение симпатической иннервации, которое часто обусловлено патологией шейного отдела позвоночника. Для лечения хронического атрофического ринита мы используем мануальную терапию (МТ) шейного отдела позвоночника, которая устраняет раздражение шейных симпатических структур, вызывающее ангио-дистонические и трофорефлекторные расстройства в слизистой оболочке полости носа и нарушение секреции слизистых желез.

Под нашим наблюдением находилось 34 больных в возрасте от 23 до 67 лет. Из них женщин — 23, мужчин — 11. Пациенты предъявляли жалобы на сухость в носу,

образование сухих корок, дискомфорт при дыхании через нос. Риноскопически выявлялись расширение носовых ходов, сухость и истончение слизистой оболочки, вязкие корки желтоватого цвета. У большей части больных атрофия в той или иной степени затрагивала и слизистую оболочку глотки. При мануальном исследовании шейного отдела позвоночника определялись ротационные блоки преимущественно в нижне- и среднешейных ПДС. У 14 пациентов — в атлanto-затылочном сочленении. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника данные за остеохондроз выявлены у 27 больных.

Все пациенты после предварительного обучения каждый день самостоятельно производили мобилизацию шейного отдела позвоночника методом постизометрической и пострелаксационной релаксации и ЛФК. Один раз в 3 — 5 дней им проводили МТ (манипуляции). Курс лечения обычно состоял из 4 — 6 сеансов МТ. Большинство больных испытывали облегчение уже после первых манипуляций. Хороший эффект от лечения (исчезновение жалоб и положительные изменения риноскопической картины) отмечены у 17 больных, удовлетворительный (уменьшение субъективных жалоб и некоторое увлажнение слизистой оболочки носа) — у 14 пациентов. У 3 больных улучшения не было.

Полученные результаты позволяют рекомендовать мануальную терапию шейного отдела позвоночника в качестве патогенетически обоснованного метода лечения атрофического ринита.

Э. Р. Янборисова, Т. М. Янборисов

Влияние пиобактериофага на мукоцилиарный клиренс при местном применении у детей с острым синуситом

Башкирский государственный
медицинский университет

лечении острых синуситов у детей все большее применение находят бактериофаги. Высокоточная эффективность при местном применении, возможность сочетания с другими лекарственными средствами, отсутствие противопоказаний и побочных эффектов делают бактериофаги перспективными при лечении острых синуситов и отитов у детей, особенно в случаях непереносимости антибиотиков. Однако в литературе отсутствуют сведения о влиянии бактериофагов на слизистую оболочку полости носа при местном применении. Особенно важным представляется изучение воздействия на мукоцилиарный аппарат, являющийся первым универсальным механизмом защиты слизистой оболочки дыхательных путей.

Изучение мукоцилиарного транспорта на фоне местного применения бактериофага проводилось у 30 детей, больных острым гнойным риносинуситом с помощью сахаринового теста. В качестве контроля использовались показатели сахаринового времени у 25 здоровых детей в возрасте от 5 до 14 лет, не страдающих

заболеваниями дыхательного тракта и аллергией. Сначала сахариновое время определялось в обеих группах до применения жидкого комбинированного пиобактериофага. Затем 0,03 мл жидкого комбинированного пиобактериофага, подогретого до температуры 37°, однократно инстиллировались в полость носа. Сахариновый тест повторялся через 30, 60 и 120 мин после инстилляции пиобактериофага как у больных детей, так и в группе контроля.

Сахариновое время у детей с острым гнойным риносинуситом до использования бактериофага было значительно выше (24,4±13,9 мин) по сравнению с контрольной группой (13,9±8,1 мин). В контрольной группе через 30 и 60 мин после нанесения бактериофага на слизистую оболочку полости носа сахариновое время сокращалось до 8,3±6,3 и 8,6±4,4 мин соответственно, но через 120 мин уже намечалась тенденция к восстановлению сахаринового времени до первоначального уровня (11,3±6,9 мин). Такое быстрое восстановление показателя сахаринового теста, по-видимому, объясняется прямым воздействием жидкого пиобактериофага на реологические свойства носовой слизи. У детей с острым синуситом под воздействием бактериофага уже через 30 мин сахариновое время уменьшалось более чем вдвое против первоначальной величины (10,7±5,5 мин). Через 60 мин после инстилляции оно составляло уже 8,6±4,7 мин, а через 120 мин — 6,5±3,5 мин, что почти в три раза меньше сахаринового времени до применения бактериофага. В отличие от контрольной группы здесь наблюдалось более отчетливое улучшение мукоцилиарного транспорта, сокращение сахаринового времени было стойким и не имело тенденции к увеличению через два часа. Все отличия значений как внутри групп, так и между группами были статистически достоверными.

Таким образом, непосредственно после местного применения жидкого комбинированного пиобактериофага у детей с острым гнойным риносинуситом улучшается мукоцилиарный клиренс полости носа, о чем свидетельствует уменьшение сахаринового времени в 2 — 3 раза. Такое влияние на мукоцилиарный клиренс позволяет отнести этот препарат не только к этиологическим, но и патогенетическим средствам, удачно вписывающимся в защитную систему слизистой оболочки носа. Эти предварительные данные позволяют лишь констатировать положительный эффект бактериофага на мукоцилиарный транспорт. Конкретные механизмы этого влияния требуют дальнейшего изучения.



Мы хотим поделиться

Х. А. Алиматов,
А. И. Сабиров

Наш опыт внутриносовой хирургии

Казанский медицинский университет

М

некоторыми соображениями о диагностике и оперативном лечении синуситов, а также о ведении больных в послеоперационном периоде, исходя из нашего трехлетнего опыта функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух. Внешний вид слизистой оболочки носа и околоносовых пазух может заметно изменяться в зависимости от носового цикла. Для устранения элемента гипердиагностики при заболеланиях околоносовых пазух, мы рекомендуем в сомнительных случаях выполнять компьютерную томографию после анемизации на стороне измененной слизистой оболочки или оценивать состояние последней после изменения положения головы пациента.

Вмешательство на околоносовых пазухах и внутриносовых структурах производили одномоментно, максимально щадя слизистую оболочку, особенно в решетчатом лабиринте в соответствии с принципом минимально инвазивной хирургии и имеющимся данным об изменении мукоцилиарного транспорта после этмоидэктомии (R. Waegespach, 1995). Использование тракара Козлова дает возможность производить манипуляции в области естественного соустья и в просвете верхнечелюстной пазухи под контролем зрения с минимальными осложнениями. Микрогайморотомия стала в нашей клинике повседневным вмешательством.

При вазомоторном рините производили подслизистую вазотомию на всем протяжении нижней носовой раковины. После этой, технически простой и эффективной, операции выполняли тугую переднюю тампонаду носа и оставляли тампоны на 1—2 суток для профилактики кровотечения и образования гематомы в толще нижней носовой раковины.

Промывание полости носа физиологическим раствором в течение нескольких месяцев после операции снижает риск послеоперационных осложнений. В раннем послеоперационном периоде, на наш взгляд, наряду с назначением ингаляционных стероидов эффективно введение препаратов бетаметазона (дипроспан, целестон) в течение 1—2 недель.

Р. Г. Анютин, М. В. Лукьянов,
Н. Ю. Гузминова

Местная анестезия ультракаином при хирургическом лечении больных риносинуситами

Кафедра оториноларингологии
Московского медицинского института и кафедра
анестезиологии и реаниматологии ФГДО
Московской медицинской академии

России, за исключением нескольких ЛОР-отделений, операции на околоносовых пазухах проводятся в основном под местным обезболиванием. Анестезия новокаином, ли-

ТЕЗИСЫ
ДОКЛАДОВ



докаином, тримекаином не всегда дает хороший обезболивающий эффект, а иногда наблюдается и их непереносимость. Это побудило нас при проведении операций в полости носа и на околоносовых пазухах использовать анестетик нового поколения — ультракаин (артикаин), получивший широкое распространение во многих странах мира. Ультракаин был создан в 1976 году в Германии фирмой "Хехст" и отличается от широко распространенных анестетиков амидного класса тем, что в своей формуле содержит тиоэфеновое кольцо. По сравнению с новокаином и лидокаином ультракаин обладает следующими преимуществами: обезболивание ультракаином в 5 раз эффективнее, чем новокаином и в 2—3 раза — чем лидокаином, поэтому для обезболивания ультракаина требуется в несколько раз меньше; он обладает исключительной способностью проникать в костную и соединительную ткани; имеет низкую токсичность по сравнению с другими анестетиками; является самым безопасным препаратом для беременных, кормящих матерей, детей и пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями; у него превосходная местная и системная переносимость и отсутствие побочных эффектов в 99,4% случаев; наличие в ультракаине вазоконстрикторов позволяет резко уменьшить кровоточивость тканей во время операции; анестезия после введения ультракаина наступает через 0,3—1,5 минуты и сохраняется до 75 минут.

При проведении санлирующих операций на околоносовых пазухах чаще всего используют комбинацию инфильтрационной и проводниковой местной анестезии. Во время операции на верхнечелюстной пазухе мы отдаем предпочтение проводниковой анестезии в сочетании с премедикацией. Ультракаин-ДС или ДС-форте вводили в область подглазничного отверстия, бугра верхней челюсти и в дно пазухи небольшими дозами, расходуя в общем 8—10 мл препарата. Наличие в ультракаине адреналина делало операцию почти бескровной.

Во время операции мы контролировали влияния ультракаина на артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) и частоту дыхания (ЧД). Оценка эффективности обезболивания проводилась по специальным шкалам тройным слепым методом. Оценку производил сам больной, хирург и врач, проводивший исследование. Так же оценивалась эффективность анестезии с премедикацией и без нее.

Независимо от количества введенного ультракаина систолическое и диастолическое АД во время операции повышалось незначительно (на 5—15 мм рт. ст.) и после операции возвращалось к исходным цифрам ($p > 0,05$), а иногда и снижалось на 5—10 мм рт. ст. Данные изменения АД были недостоверными ($p > 0,05$). ЧСС во время операции увеличивалась на 5—10 сокращений в 1 минуту ($p < 0,05$ по отношению к началу операции), а после операции возвращалась к исходным данным ($p > 0,05$). ЧД во время операции увеличивалась незначительно, всего на 2—5 дыхательных движений в одну минуту и после операции также возвращалась к исходным данным ($p > 0,05$). Отсутствие достоверной динамики в изменениях АД и ЧД свидетельствует об адекватной анестезии. Изменения АД, ЧСС и ЧД мы объясняем волнением больного во время операции, а не воздействием анестезии на его организм. У

всех оперированных больных результаты 3 видов оценки обезболивания были высокими и совпадали между собой, что свидетельствует о достоверности проведенного исследования и хорошем обезболивании.

Эффективность обезболивания ультракаином зависит еще и от возможности провести не только инфильтрационную, но и проводниковую анестезию. Несомненно, что премедикация значительно повышает эффективность обезболивания, о чем свидетельствуют данные об операциях, проведенных без нее.

На основании личного опыта и данных литературы, мы считаем возможным говорить о том, что ультракаин в настоящее время является лучшим препаратом для проводниковой и инфильтрационной анестезии и должен полностью заменить новокаин и другие анестезирующие препараты при проведении операций в полости носа и на околоносовых пазухах.

Вывод: Комбинированный метод хирургического лечения хронических гипертрофических ринитов является эффективным, щадящим и не требует дополнительных экономических затрат.

Т. И. Гаращенко

Эндоскопическая лазерная хирургия хронических ринитов у детей

Кафедра ЛОР-болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета, Москва

М. П. Ашмарин

Комбинированный хирургический метод лечения хронических гипертрофических ринитов

ЛОР-отделение городской больницы, Новочебоксарск

Одним из наиболее распространенных заболеваний полости носа является хронический гипертрофический ринит (ХГР), который может иметь кавернозную, фиброзную, сосочковую и полипозную формы. В настоящее время в лечении ХГР используются различные хирургические и полухирургические методы, однако не все они эффективны.

Под нашим наблюдением находились 26 больных с ХГР в возрасте от 15 до 26 лет, 9 женщин и 17 мужчин, которым раньше производились различные хирургические вмешательства: в 18 случаях — подслизистая вазотомия, в 5 — криовоздействие, в 3 — вакуумная конхотомия в детском возрасте. Несмотря на это, симптомы ХГР сохранялись. При детальном обследовании у 16 больных диагностирована кавернозная форма, у 5 — фиброзная, в 3 случаях — полипозная и в 2 — сосочковая.

Всем пациентам произведена рентгенография околоносовых пазух носа, и у 22 из них выявлены различные формы синусита.

Учитывая безрезультатность проведенных ранее хирургических вмешательств с целью сохранения слизистой оболочки носа больным были выполнены следующие хирургические вмешательства. После осторожного отслаивания мягких тканей нижней носовой раковины от костного остова по верхней, медиальной и нижней поверхностям через созданный широкий туннель частично удаляли увеличенный костный остов нижней носовой раковины. При полипозной или сосочковой формах гипертрофии операцию дополняли подслизистой гальванокаустикой через созданный туннель. Средняя длительность курса лечения с учетом терапии сопутствующего синусита составила 8,2 дня.

Через полгода обследованы 24 больных. Все эти пациенты отмечали улучшение носового дыхания и уменьшение выделений из носа. При передней и задней риноскопии нижние носовые раковины сократились до нормальных размеров. У двух больных с сосочковой формой гипертрофии сохранялись еле заметные сосочки на слизистой оболочке раковин, не мешающие носовому дыханию.

Проблема лечения хронических ринитов у детей по-прежнему является чрезвычайно актуальной. Традиционные методы лечения этого заболевания у взрослых являются травматичными и малопримлемыми для детей. Гальванокаустика, УЗ-дезинтеграция, криодеструкция и др. методики не сохраняют мерцательный эпителий, способствуют формированию синехий и атрезий полости носа у детей. С введением эндоскопии в повседневную практическую деятельность с 1989 г. основными методами лечения хронических ринитов у детей в нашей клинике стали различные варианты лазерного воздействия, которое произведено с помощью лазера на парах меди у 158 больных с различными формами хронического ринита. Лазерная коагуляция выполнена 69 больным с гипертрофическим ринитом (41 ребенку с кавернозной и 28 детям с фиброзной формами заболевания). Подслизистая лазерная коагуляция выполнена 39 больным, различные варианты поверхностного воздействия (парциальная и продольная конхотомии) — 30 больным. У 20 детей с кавернозной формой гипертрофии лазерная коагуляция сочеталась с лазерной селективной денервацией полости носа. Полученные результаты сравнивались с результатами лечения 70 больных, которые подверглись крио- или криоультразвуковому воздействию. Лазерные операции оказались неэффективными у 9%, криодеструкция — у 22,5% детей. Лучшие результаты получены у детей с кавернозной формой хронического гипертрофического ринита, при которой применен подслизистый способ разрушения носовых раковин с селективной денервацией полости носа. Как показали морфологические исследования, это было связано с особенностями воздействия желтого излучения лазера на парах меди на пещеристую ткань носовых раковин, с разрушением и "свариванием" артерио-венозных анастомозов, особенно вдоль костного остова раковин. При этом происходило уменьшение объема раковин без нарушения архитектоники полости носа. Лучи лазера на парах меди даже при поверхностном способе воздействия сохраняют мерцательный эпителий.

Крио- и лазерному воздействию подверглись 91 больной с вазомоторным ринитом (соответственно 31 и 60 детей). Эндоскопическая лазерная коагуляция выполнена 39 больным с нейро-вегетативным и 21 больному с аллергическим ринитом. У 48 пациентов из этих групп подслизистая лазерная коагуляция сочеталась с селективной лазерной денервацией полости носа. Лучшие результаты получены у больных с нейро-вегетативным ринитом при подслизистой деструкции с лазерной селективной денервацией носа, при этом только у 17% детей сохранялись жалобы, а у 95% больных снимались пароксизмы чиханья и головной боли. Хотя при аллергическом рините через год и более эффект

отсутствовал у 19% больных. 76% детей отметили улучшение, а 14,3% — значительное улучшение, что позволило сократить объем базисного медикаментозного лечения. Нормализация функциональных показателей слизистой оболочки носа после лазерного воздействия происходила в сроки от 1 до 3 месяцев при нейровегетативной форме ринита и через 2 — 6 месяцев при аллергическом рините. У 54 детей с аллергическим ринитом воздействие на носовые раковины дополнено различными видами реконструктивных эндоскопических операций в полости носа: резекцией буллезной средней носовой раковины, частичной резекцией крючковидного отростка, парциальной буллотомией и т. д. Отдаленные результаты наблюдения при аллергических ринитах у детей свидетельствуют в пользу активной хирургической тактики, которая является профилактикой поражения околоносовых пазух.

В. С. Козлов

Транссептальная фронтотомия

Ринологический центр, Ярославская областная клиническая больница

В 1991 году W. Draf опубликовал метод фронтотомии, показанный в случаях двустороннего фронтита при гиперпневматизированных лобных пазухах, а также при рецидиве фронтита после экстраназального вмешательства. Этот метод он назвал срединным дренажом. При данной операции производится удаление межпазушной перегородки, дна обеих пазух и части перегородки носа, в результате чего образуется общая полость между пазухами и носом. Основным недостатком техники предложенного метода W. Draf является то, что ориентация в операционной ране осуществляется, в основном, по тактильным ощущениям хирурга. Целью настоящей работы была разработка техники срединного дренажа, исключая "слепые" этапы операции. Анализ строения анатомических структур, окружающих лобную пазуху, привел нас к выводу о том, что наиболее полно отвечает этому требованию транссеаптальный доступ.

Техника транссеаптальной фронтотомии. Анестезия — эндотрахеальный наркоз в сочетании с местной анестезией. Через гимитрансфикционный разрез на перегородке носа слизистая оболочка вместе с надхрящницей отслаивается с обеих сторон, вплоть до дна лобной пазухи. Затем резецируется часть костного и хрящевого остова перегородки размерами 2х2 см, предлежащая к дну синуса. Со стороны полости носа с обеих сторон удаляется слизистая оболочка в пределах, соответствующих удаленному костно-хрящевому фрагменту. Далее под микроскопом алмазным бором производится удаление части внутренней поверхности лобно-носового массива с продвижением бора в область дна лобной пазухи. По средней линии высверливается отверстие в области передней части дна пазухи, которое затем расширяется латерально сначала вправо, а затем влево до размеров 1—2 см. После этого осуществляется ревизия пазухи при помощи эндоскопов с оптикой 0° и 30°. Под контролем эндоскопа из пазухи удаляются полипы и патологический секрет. Затем при помощи бора производится удаление части межпазушной перегородки. Далее, чередуя сверление бором и работу щипцами, под контролем микроскопа осуществляется удаление клеток решетчатого лабиринта из области лоб-

но-носового кармана до уровня бумажной пластинки сначала справа, а затем слева. Соответственно уровню бумажных пластинок удаляется дно лобных пазух с обеих сторон. В результате образуется достаточно широкий ход в пазуху, позволяющий при помощи эндоскопа с оптикой 30° осмотреть ее на достаточно большом протяжении латерально. При этом можно удалить патологически измененную слизистую оболочку из области, предлежащей не только к дну синуса, но и из более глубоких отделов. На этом операция может быть закончена. Однако, при гигантских размерах пазух в случае поражения их латеральных отделов вмешательство дополняется экстраназальной фенестрацией передней стенки размером, достаточным для качественного осмотра. Дренаж в соустье по окончании операции не ставится. Полость носа тампонируется на сутки пальчиковыми тампонами. Эндоскопический контроль за операционной полостью осуществляется до полного заживления раны и формирования стойкого соустья.

Преимущество данного подхода по сравнению с техникой W. Draf заключается в том, что вся операция производится под контролем оптики, а это, в свою очередь, позволяет адаптировать ее к внедрению в повседневную практику. Результаты 6 подобных операций будут представлены в докладе.

В. Н. Красножен

Видеоэндоскопическая хирургия кист верхнечелюстных пазух

Казанская государственная медицинская академия

Традиционный метод хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух предусматривает удаление здоровой кости передней стенки и ведет к образованию дефекта, нарушая анатомию синуса и некоторые его функции. Травматичность метода влечет за собой осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде: выраженный и продолжительный отек мягких тканей лица, нарушение иннервации и кровоснабжения интактных зубов, вторичные невралгии и др. Остеопластические изменения нередко приводят к затруднениям при трактовке обзорных рентгенограмм верхнечелюстных пазух. Предлагаемые в последнее время способы эндоскопического удаления кисты "вслепую" могут привести к осложнениям, например, повреждению подглазничного канала с проходящими в нем одноименными нервом и артерией, перфорации дегисценций в области верхней стенки синуса и др. При пневматическом типе строения верхней челюсти дно полости может находиться на 11 мм ниже дна носовой полости (E. Zuskercandl, 1893). В этом случае удаление опорожненной кисты со дна пазухи под контролем торцевой оптики затруднительно или вовсе невозможно. Удаление кисты через два прокола в лицевой стенке более травматично. Поэтому поиск щадящих и эффективных методов хирургического лечения данной патологии является актуальным.

Предлагаемый способ предусматривает использование эндоскопов с различным углом зрения (0° и 70°), специального синологического инструментария и видеосистемы. После премедикации и инфильтрационной анестезии производится резекция крючковидного отростка для обеспечения достаточного доступа к решетчатой воронке и введения в пазуху изогнутой канюли.

В случае стеноза естественного соустья осуществляется его расширение спереди и книзу с помощью выкусывателя Штаммбергера. В канюлю проводится полиэтиленовый катетер с заостренным концом. В катетер устанавливается острый металлический мандрен. Верхнечелюстную пазуху пунктируют через переднюю стенку троакаром. Через гильзу троакара вводится эндоскоп и определяется место расположения кисты (чаще альвеолярная бухта). Под контролем зрения дистальный конец металлической канюли нацеливают как можно перпендикулярнее к оболочке кисты, выдвигают из него полиэтиленовый катетер и металлический мандрен. Последний прокалывает оболочку кисты и фиксирует ее. По мандрену катетер выдвигается в просвет кисты. Мандрен извлекается, к катетеру снаружи присоединяется шприц и содержимое кисты аспирируется. Спавшая оболочка кисты приобретает характерный вид "измятой простыни". Щипцами с вертикальным изгибом 110° киста захватывается и удаляется через естественное соустье. Толстая оболочка кисты удаляется чаще всего одним конгломератом и не сопровождается значительным кровотечением. Пазуха дренируется для последующих перфузий в послеоперационном периоде. Как правило, 2 — 3 промываний достаточно для освобождения пазухи от накопившегося отделяемого. Больного выписывают домой на 2 — 3-й день. В случае локализации кисты в области скуловой бухты используют гибкие оптические биопсийные щипцы с 30-градусной оптикой. Удалению подлежат как ретенционные кисты, так и псевдокисты с типичным сосудистым рисунком.

Таким образом, предложенная методика обеспечивает визуальный контроль за ходом всей операции, сводит до минимума повреждение слизистой оболочки при удалении оболочки кисты. Характерные для традиционного метода осложнения отсутствуют. Применение видеосистемы дает возможность одновременного обучения группы врачей как непосредственно во время операции, так и при просмотре видеозаписи и обсуждения хода оперативного вмешательства.

В. В. Лонский

Хирургическое лечение больных одонтогенным гайморитом

Областная клиническая больница,
Оренбург

Одонтогенные гаймориты встречаются достаточно часто и характеризуются сочетанием воспалительных изменений в пазухе и свищевого отверстия в области лунки удаленного зуба. Эти факторы неразрывно связаны между собой, и игнорирование одного из них приводит к неудачам в лечении. Частой ошибкой является недооценка характера патологических изменений в пазухе, в частности в альвеолярной бухте и внутреннем отверстии свищевого хода. Грануляции, полипы, кисты, костные осколки в этой области поддерживают воспаление и часто делают неэффективной пластическую операцию по закрытию свища.

Использование эндоскопической техники позволяет оценить состояние слизистой оболочки пазухи и остео-меатального комплекса. Несмотря на то, что патогенез одонтогенных гайморитов не такой, как у риногенных, длительный воспалительный процесс в пазухе может приводить к отеку слизистой оболочки в обла-

сти естественного соустья и нарушению его проходимости. При этом изменения со стороны остео-меатального комплекса, в отличие от изменений в пазухе, выражены, как правило, незначительно. Клинические проявления гайморита могут быть стертыми, так как дренирование пазухи происходит через альвеолярный свищ. В этих случаях ушивание свища без эндоскопической ревизии пазухи нередко приводит к рецидиву воспаления и сохранению свищевого отверстия.

Мы применяем следующий подход к лечению одонтогенного гайморита. Вскрытие пазухи мы производим через переднюю стенку с последующим осмотром ее жесткими эндоскопами с торцевой и угловой оптикой. Особое внимание при осмотре уделяем патологическим изменениям в области альвеолярной бухты и внутреннего отверстия свищевого хода. Использование оптики и видеомонитора позволяет с высокой степенью надежности удалить из пазухи грануляции, полипы, кисты, сохраняя неизмененную слизистую оболочку. Состояние остео-меатального комплекса и естественного соустья оцениваем во время осмотра пазухи. Наличие полипозной или гиперплазированной слизистой оболочки в области естественного соустья служит основанием для выполнения инфундибулотомии.

На заключительном этапе операции выполняют закрытие альвеолярного свища. Для этой цели мы используем лоскут с внутренней поверхности щеки. Размеры конструкции лоскута (наличие эпителиальных площадок на проксимальном и дистальном концах) позволяло использовать его как для тампонады, так и для закрытия наружного и внутреннего отверстий свищевого хода.

По данной методике прооперирован 31 больной с длительностью заболевания от трех месяцев до двух лет, при этом у 14 больных ранее предпринимались попытки ушивания свищевого отверстия. В результате хирургического лечения у всех больных были ликвидированы альвеолярный свищ и воспалительный процесс в пазухе. Эти данные свидетельствуют о высокой эффективности применяемой методики хирургического лечения больных одонтогенным гайморитом.

А. С. Лопатин

Этмохоанальные полипы диагностика и лечение

ЛОР-отделение Центральной
клинической больницы МЦ УД
Президента РФ

Хронический полипозный синусит является полиэтиологическим заболеванием, и вопросы его патогенеза и лечения до настоящего времени недостаточно разработаны. Современная международная позиция (1994) трактует полипозный синусит как заболевание, требующее в основном медикаментозного, а не хирургического лечения. Этот документ не уточняет, какие формы полипозного синусита подлежат консервативному, а какие - оперативному лечению. Наш клинический опыт убеждает в необходимости дифференцированного подхода к лечению различных видов носовых полипов. В частности, в мировой литературе имеется сообщение лишь об одном случае излечения хоанального полипа путем назначения инт-раназальных кортикостероидов (R. Seshardi, 1995), традиционно считается, что хоанальные полипы подлежат радикальному хирургическому лечению. Хоанальные полипы принято делить на антрохоанальные (про-

исходящие из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи или заднего края максиллярного соустья) и сфенохоанальные (растущие из клиновидной пазухи). Данное сообщение представляет 6 наблюдений хоанальных полипов, происходящих из задних клеток решетчатого лабиринта и растущих в носоглотку через естественное соустье этих клеток в верхнем носовом ходе. В двух случаях эти полипы были двусторонними, в четырех - односторонними. У двух пациентов этмохоанальные полипы были солитарными и задние решетчатые клетки были единственными пазухами, пораженными полипозным процессом. В четырех остальных случаях изменения в задних решетчатых клетках сочетались с полипами в среднем носовом ходе, передних решетчатых клетках и верхнечелюстной пазухе.

Компьютерная томография в большинстве случаев дает представление о месте происхождения хоанальных полипов. Трудности возникают при уточнении исходной точки роста, если одновременно поражены решетчатый лабиринт и верхнечелюстная пазуха. В этих случаях только эндоскопическая внутриносовая операция позволяет точно установить место происхождения таких полипов. Мы всегда удаляем этмохоанальные полипы эндоназальным доступом через верхний носовой ход, причем внутрипазушная часть полипа удаляется изогнутым на 20 наконечником микродебрайдера после идентификации естественного отверстия задних решетчатых клеток. Полипозно измененная слизистая оболочка пазухи, из которой растет хоанальный полип, должна удаляться максимально тщательно, в противном случае риск рецидива полипоза велик. Местная кортикостероидная терапия в послеоперационном периоде назначается всем пациентам и также является х

Н. В. Мишенькин

Современные возможности и перспективы функциональной хирургии синуситов

Омская государственная медицинская академия

Сопоставление методов классической эндоназальной, а тем более экстраназальной хирургии околоносовых пазух с эндоскопическими и остеопластическими методами современной функциональной ринохирургии подчеркивает недостатки классических методов, страдающих излишним и необоснованным с современной позиции радикализмом. Эндоскопическая функциональная риносинусохирургия в нашей стране еще очень молода. Она стала внедряться в практику с 1992 года благодаря работам А. С. Лопатина и Г. З. Пискунова. Эта хирургия требует досконального знания клинической анатомии латеральной стенки полости носа и ее многочисленных вариантов. Расширение естественного соустья верхнечелюстной пазухи во время операции не исключает возможности его стеноза в послеоперационном периоде. Существует и риск осложнений, связанных с повреждением основания черепа в области ситовидной пластинки, стенки глазницы и зрительного нерва, а также потери хирургом ориентации при сильном кровотечении. Эндоскопическая хирургия требует тренировки, специальных навыков в работе с эндоскопом и

хирургическими инструментами под контролем монитора, и, наконец, дорогостоящей аппаратуры, что пока доступно не всем. Эндоскопическая ринохирургия в нашей стране находится в стадии становления и является хирургией будущего.

В настоящее время более доступна ультразвуковая риносинусохирургия, которая зародилась в нашей стране. Выпускаемые серийно аппаратура и инструменты доступны для приобретения. Технологией резекции кости и ее сварки разработаны в Омской ЛОР-клинике, имеющей 20-летний опыт исследований в этой области. Ультразвуковая риносинусохирургия является органосохраняющей и функциональной. При ее применении нет нужды в наложении искусственного соустья с верхнечелюстной пазухой в среднем носовом ходе. Ее успешно можно применять не только при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух, но и при остеомах любой пазухи, что пока недоступно для функциональной эндоскопической хирургии.

М. И. Никулин

Хирургическое лечение вазомоторного ринита

Кафедра оториноларингологии
Запорожского государственного
медицинского университета
(Украина)

данные литературы и наши собственные наблюдения свидетельствуют о росте заболеваемости вазомоторным ринитом. Традиционные способы лечения данного заболевания не дают желаемых результатов. Это побуждает исследователей изыскивать более доступные и эффективные методы лечения. Диагностикой и лечением вазомоторного ринита мы занимаемся с 1987 года. Накопленный опыт позволяет правильно диагностировать форму заболевания и выбирать оптимальный метод лечения. Диагноз выставлялся с учетом жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных и результатов лабораторных исследований (транспортной, всасывательной и выделительной функций слизистой оболочки носа, рН носового секрета, подсчета эозинофилов в носовом секрете и крови, исследования факторов клеточного и гуморального иммунитета и иммуноглобулинов сыворотки крови, ринореографии, ринопневмометрии и ольфактометрии).

Под нашим наблюдением находились 78 больных в возрасте от 16 до 62 лет. У 64 больных выявлена нейро-вегетативная, у 16 - аллергическая форма вазомоторного ринита. Всем больным произведена операция по модифицированной нами методике С. З. Пискунова (1987). Под местной аппликационной анестезией 2 — 3% раствором дикаина с добавлением адреналина и инфильтрационной анестезией 0,5 — 1% раствором новокаина копьевидным ножом производилась двухканальная подслизистая вазотомия по медиальной поверхности нижних носовых раковин, по всей их длине. После вазотомии зажимом Бильрота, одна бранша которого вводилась в сформированный "тоннель", а другая — вдоль нижней поверхности раковины, производился надлом переднего отдела костного остова (наиболее массивного), а затем зеркалом Киллиана вся раковина смеша-

лась кнаружи. В расширенный общий носовой ход на 12 — 48 часов вводились тампоны, пропитанные индифферентной мазью при нейровегетативной форме и мазью с левамизолом или инталом — при аллергическом рините. При аллергической форме после извлечения тампонов мазь в полость носа на турундах вводилась на протяжении 5 — 7 дней.

Непосредственные положительные результаты в сроки от 7 до 30 дней были отмечены у всех больных. При анализе отдаленных результатов (в сроки от 1 до 1,5 лет) были отмечены следующие результаты: выздоровление — у 76%, улучшение — у 18,2% и без эффекта — у 5,8% пациентов с нейро- вегетативной формой ринита; при аллергической форме симптомы ринита исчезли у 64,3% больных, улучшение отмечено у 12,4%, не было эффекта у 14,3%. Лучшие результаты в этой группе отмечены у больных, которым в послеоперационном периоде назначались иммунокорректоры.

В основе патогенеза вазомоторного ринита (особенно его нейро- вегетативной формы) лежит дисбаланс между симпатической и парасимпатической системами, приводящий к дисфункции слизистой оболочки носа. Подслизистая вазотомия и латеропозиция нижних носовых раковин разрывают патологическую рефлекторную цепь, а также приводят к образованию рубца в пещеристой ткани, что положительно сказывается на функциях носа. Предложенный нами метод является эффективным, особенно при нейровегетативной форме вазомоторного ринита, простым в техническом исполнении и не требует дорогостоящей аппаратуры, которая необходима для ультразвуковой, лазерной, криохирургии и т. д.

В. П. Ситников, П. М. Трясучее, В. С. Куницкий

Анатомо-рентгенологические особенности строения клиновидной и верхнечелюстной пазух

**Витебский медицинский институт
(Беларусь)**

Эндоскопические методики диагностики и лечения заболеваний околоносовых пазух в последнее время получили широкое распространение. Основополагающим фактором при вмешательствах в этой области должен быть принцип физиологичности и максимальной безвредности (Г. З. Пискунов, А. С. Лопатин, 1992). Знание анатомических и рентгенологических особенностей строения околоносовых пазух позволит избежать возможных ошибок и осложнений при проведении эндоскопических исследований.

С целью изучения особенностей анатомического строения и рентгенологической картины нами проведено исследование размеров, форм и вариантов строения верхнечелюстной и клиновидной пазух. Исследование проведено на 60 черепах взрослых людей (музей кафедры нормальной анатомии ВОДНМИ) и 116 рент-

генограммах черепа, на которых не было выраженных патологических изменений. Верхнечелюстная пазуха на фронтальном сечении мацерированно-го черепа имеет контуры треугольника со сглаженными вершинами. Верхняя стенка дугообразно изогнута вниз, нижняя — прямая или слегка изогнута вверх. Для рельефа нижней стенки характерны бугорки над верхушками зубов верхней челюсти. На внутренней поверхности пазухи встречались выступы, которые мы рассматриваем как внутренние части контрфорсов. В сагиттальном сечении пазуха напоминает трапецию или прямоугольник со сглаженными вершинами. Размеры верхнечелюстной пазухи: вертикальный — $33,6 \pm 11$ мм, сагиттальный — $32,3 \pm 10$ мм и фронтальный — $25,5 \pm 5$ мм. Форма и размеры верхнечелюстной пазухи варьируются, встречаются различия между правой и левой пазухами одного препарата. На мацерированном черепе клиновидная пазуха чаще состояла из двух частей, на фронтальном сечении она имела форму двух треугольников со сглаженными вершинами. Разделяющая клиновидную пазуху сагиттальная перегородка смещена вверх и вправо, правая пазуха больше, чем левая. Средние размеры клиновидной пазухи: фронтальный размер — $22,4 \pm 8$ мм, вертикальный размер — $16,7 \pm 7$ мм. Толщина костной пластинки — дна гипофизарной ямки турецкого седла — около 2 мм.

На рентгенограммах черепа в сагиттальной проекции отмечена вариабельность формы верхнечелюстной пазухи — от треугольной до бобовидной или эллипсоидной. Определялись выступы, обращенные внутрь — неполные перегородки, внутренние контрфорсы. Средние размеры пазухи: горизонтальный — $27,7 \pm 8$ мм, вертикальный — $37,1 \pm 8$ мм. Клиновидная пазуха на рентгенограммах в боковой проекции расположена книзу и спереди от турецкого седла. Форма ее на рентгенограмме вариабельна, чаще — бобовидная. Средние размеры пазухи — 29×24 мм. Колебания сагиттального размера от 42 до 19 мм, вертикального — от 35 до 19 мм. В 30% случаев клиновидная пазуха под турецким седлом не определяется, ее сагиттальный размер меньше обычного, хотя другие околоносовые пазухи имеют обычные размеры. Толщина костной стенки между гипофизом и клиновидной пазухой в среднем равна 1,5 мм. Корреляции размеров пазухи с индивидуальными вариантами пропорций мозгового черепа обнаружить не удалось. Таким образом, данные рентгенологического исследования околоносовых пазух дают достаточно полное представление об анатомических особенностях их строения, поэтому отсутствие компьютерных томограмм не должно являться причиной для отказа от функциональной эндоскопической микрохирургии околоносовых пазух.

А. М. Тальшинский

Обезболивание при перевязках после ринологических операций

Клиника оториноларингологии Рязанского медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Вопросы обезболивания при перевязке после операции в полости носа и на околоносовых пазухах являются неразработанным разделом ринологии. Наиболее остро этот вопрос стоит при удалении тампонов после эндоназальной репозиции перелома костей носа, резекции нижних носовых раковин или вскрытия решетчатого лабиринта, а также после экстраназальной операции на одной или нескольких околоносовых пазухах. Боль при перевязке бывает особенно выраженной после операций, произведенных по поводу острого или обострения хронического гнойного синусита, осложненного абсцессом глазницы или абсцессом мозга, менингитом и флегмоной в области лба и требующих широкого разреза кожи. Наличие обширной раневой поверхности в полости носа и околоносовых пазухах может служить причиной развития болевого шока, нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности центрального генеза, если не проведено эффективное обезболивание во время перевязки.

Для проведения перевязок таким больным нами разработана следующая методика обезболивания. За 30 минут до перевязки больным в возрасте 15 лет и старше внутримышечно вводили 0,5 — 1 мл (5—10 мг) 1% раствора промедола и 0,3 — 0,7 мл (мг) 0,1% раствора атропина. Детям от 5 до 14 лет в премедикацию включали атропин (0,2 — 0,4 мг) и димедрол (2 — 4 мг 1% раствора) соответственно их возрасту и массе тела. Через 30 минут после премедикации внутримышечно вводили раствор кеталара (кетамина) из расчета 5 — 6 мг на кг массы тела больного, в результате чего через 3 — 4 минуты наступал спокойный сон, который длился 10—15 минут.

У детей при перевязке наркоз всегда сочетался с местной анестезией 2% раствором лидокаина с добавлением 3 капель раствора адреналина. У взрослых для местной анестезии применяли 5—10% раствор лидокаина с добавлением раствора адреналина в том же количестве. Для получения 5% раствора лидокаина разводили его 10% раствором физиологическим раствором. Для проведения анестезии удаляли тампоны из преддверия полости носа. Одновременно пипеткой медленно вводили анестезирующий раствор между тампонами и стенками полости носа. Через 90 секунд продолжали удаление тампонов из более глубоких отделов полости носа до уровня переднего конца нижней раковины и несколько глубже. Частично удалив тампоны, постепенно углубляли кончик пипетки и вливали анестезирующий раствор в полость носа по его стенкам. Спустя 120 секунд начинали медленное удаление тампонов из полости носа и околоносовых пазух двумя пинцетами, повторяя вливание анестетика. При наличии кожного разреза раствор лидокаина вводили каплями по краям раны на всем ее протяжении. Через 120 секунд постепенно отделяли тампоны от краев кожного разреза и подлежащих мягких тканей, отрезали ножницами и затем удаляли полнос-

тью. Производили туалет раны, а при необходимости ее повторную тампонаду. Общее количество израсходованного лидокаина у детей не превышало 4 мл 2% раствора и 10 мл 10% раствора у взрослых. С 1993 по 1996 годы с использованием указанной методики обезболивания проведены перевязки или удаление тампонов из околоносовых пазух у 914 взрослых и 24 детей. Медленное, поэтапное удаление тампонов из раны и применяемая нами методика обезболивания обеспечивают безболезненность выполнения перевязки, являются профилактикой кровотечения или других осложнений.

Н. С. Храппо, Н. В. Тарасова

Прикладные аспекты краниометрии при хирургических вмешательствах на решетчатом лабиринте

Кафедра оториноларингологии Самарского государственного медицинского университета

В последнее время существенно повысилось значение краниометрических данных в оториноларингологии в связи с внедрением методов функциональной эндоскопической хирургии носа. По данным нашего клинко-анатомического исследования, строение полости носа, среднего и верхнего носовых ходов, решетчатой буллы и выбор наименее травматичного подхода к решетчатому лабиринту зависят от формы черепа, и строения его мозгового и лицевого отделов. Конечно, такую информацию может предоставить компьютерная томография, но применение этого метода ограничено его дороговизной. Многие клиники нашей страны компьютерными томографами не оснащены. В затруднительном положении находятся и хирурги, которые не располагают оптическими приборами. В этом случае проведение хирургических вмешательств на труднодоступных задних отделах решетчатого лабиринта сопряжено с рядом опасностей и во многом зависит от опыта врача.

Мы включали в план обследования больных прижизненную краниометрию. Исходя из результатов анатомического исследования полости носа на черепах разных типов, было выявлено, что существенное влияние на формирование внутриносовых структур оказывают следующие параметры мозгового и лицевого скелета: окружность головы, поперечный, продольный и скуловой диаметры, средняя и верхняя ширина лица, ширина носа и переносья. Наши прогнозы в отношении строения полости носа по данным краниометрии полностью подтверждались при эндоскопии.

Среди больных этмоидитом большинство составили мезоцефалы (60%), брахицефалов было 36%, долихоцефалов — 4%. У брахицефалов полость носа широкая, просторная. Чем больше окружность головы, шире лицо, нос и переносье, тем более доступны для осмотра и верхние отделы полости носа. При необходимости вскрытия задних клеток решетчатого лабиринта

нет необходимости перфорировать или удалять задние отделы средней носовой раковины, так как ширина верхнего носового хода вполне достаточна для проведения жесткого эндоскопа и хирургического инструмента (выкусывателя). Для долихоцефалов характерна другая особенность. У них при больших размерах головы (более 560 мм) задние отделы полости носа находятся относительно низко, что тоже способствует хорошему доступу к задним ячейкам решетчатого лабиринта и, в отличие от брахикефалов, не требует предварительного вмешательства на средней носовой раковине. Однако, чем окружность головы меньше, а нос и лицо уже, тем более затруднен доступ к заднему отделу решетчатого лабиринта. В этом случае необходимо удалить задний конец средней носовой раковины. У долихоцефалов при увеличении скулового диаметра размеры решетчатой буллы увеличиваются. У мезоцефалов верхний отдел полости носа трудно доступен для осмотра даже при большой окружности головы, широком лице и носе. У них для обеспечения достаточного доступа к задним ячейкам решетчатого лабиринта необходима резекция заднего конца средней носовой раковины.

Таким образом, краниометрические данные позволяют анатомически обоснованно выбрать адекватный доступ к задним отделам решетчатого лабиринта, способствуют щадящему отношению к средней носовой раковине.

У 8 больных мы посчитали проведение облитерации лобных пазух противопоказанным. У 5 из них при вскрытии пазухи были обнаружены значительных размеров дефекты задней костной стенки с обнаженными участками твердой мозговой оболочки, покрытой грануляциями. У двух больных мы не смогли выполнить облитерацию по техническим причинам. Пазухи у них распространялись в виде бухт, кверху и в направлении к теменным областям, а передне-задний размер пазухи был узким, что не позволяло прямой костной ложкой выскоблить слизистую оболочку в глубоких бухтах пазухи. Так как тщательное удаление слизистой оболочки является основным условием выполнения облитерации лобных пазух, этим больным произведена типичная фронтотомия с наложением лобно-носового соустья. У одного больного с хроническим рецидивирующим фронтитом, перенесшего несколько операций с наложением лобно-носового соустья и получившего большую дозу радиоактивного облучения при ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, мы также посчитали противопоказанным проведение облитерации пазухи. Основной причиной этого являлось выраженное нарушение иммунитета у пациента.

Результаты двадцатилетнего опыта применения облитерации лобных пазух формализированной аллобрефокостью при хронических рецидивирующих фронтитах позволяют рекомендовать этот метод для широкого внедрения в ринохирургию.

М. Е. Чуфистов, С. А. Павленко, В. С. Милиневский, В. М. Чуфистов, В. Н. Безносос

К проблеме лечения хронических рецидивирующих фронтитов

ЛОР-клиника Кемеровской государственной медицинской академии

Количество больных с хроническими рецидивирующими фронтитами не имеет тенденции к снижению. Консервативное лечение больных с этой патологией, как правило, не дает эффекта. Формирование стойкого соустья между лобной пазухой и полостью носа в ходе операции часто оказывается несостоятельным, в результате чего возникают рецидивы заболевания. Все это оправдывает поиски новых, более надежных хирургических методов лечения. В настоящее время при создании стойкого лобно-носового соустья используются биосовместимые трубчатые полимерные, полифосфазеновые и другие пластмассы. Другая тенденция - это облитерация лобных пазух с использованием ауто-, гомо- и гетеропластических материалов.

В ЛОР-клинике Кемеровской государственной медицинской академии за период 1976 — 1996 гг. хирургическая облитерация лобных пазух формализированной аллобрефокостью произведена у 238 больных хроническим фронтитом. Лишь у 13 из них (5,46%) возник рецидив фронтита. Все эти больные реоперированы и выписаны с выздоровлением.