



**Геннадий Захарович Пискунов.**  
К 60-летию со дня рождения  
(См. статью на 39-й стр.)



Филадельфия, США. Здесь 7 июня состоялось собрание зарубежных членов редакционного совета "Российской ринологии". На снимке внизу (слева направо): **Х. Штаммбергер** (Австрия), **Ю. Керн** (США), **П. Ван Каувенберг** (Бельгия), **Э. Хойзинг** (Нидерланды), **А. А. Шиленков** (Россия, Ярославль), зам. главного редактора журнала **А. С. Лопатин** (Россия, Москва), **А. Н. Сенин** (Россия, Ярославль) и **Д. Пассали** (Италия).

На снимке справа: **Андрей Станиславович Лопатин** вручает **Юджину Керну** сертификат члена редакционного совета журнала "Российская ринология".

(См. "Редакционную колонку" на 3-й стр.)



## Содержание

### Редакционная колонка

#### Оригинальные статьи

*П. Б. ван Каувенберг, И. Дж. М. Дуг.* ГИСТАМИН И НЕЙРОПЕПТИДЫ

*В. Дж. Манн.* СИМПТОМЫ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Л. А. Горячкина, Б. А. Черняк, Н. М. Ненасьева, И. И. Воржева, А. С. Логвиненко, М. В. Беда, О. Б. Медникова.* КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЛИКСОНАЗЕ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КРУГЛОГОДИЧНОГО РИНИТА

*В. А. Гринева.* КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СФЕНОИДИТОВ

*Я. К. Санжаровская.* ОСТЕОМЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

*С. З. Пискунов, В. С. Барсуков, Ф. Я. Завьялов, И. С. Пискунов, О. Я. Кузнецова.* К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ И МОРФОГЕНЕЗЕ АНТРОХОАНАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ

*Г. А. Гаджимирзаев, А. А. Гамзатова, Ю. А. Джамалудинов, Р. Г. Гаджимирзаева.* К ОЦЕНКЕ НЕКОТОРЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ И НАРУЖНОГО НОСА

#### Хроника

*Г. З. Пискунов, Ф. В. Семенов, А. К. Волк.* ОТЧЕТ О РАБОТЕ XVI ВСЕМИРНОГО КОНГРЕССА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ

#### Юбилей

#### Информационный календарь

## Contents

### 3 Editorial

#### Original Papers

*P. Van Cauwenberge, I. J. M. Dhooge.* HISTAMINE AND NEUROPEPTIDES 4

*W. J. Mann.* OTORHINOLARYNGOLOGIC MANIFESTATIONS DURING PREGNANCY 8

*L. A. Goryachkina, B. A. Chernyak, N. M. Nenasheva, I. I. Vorzheva, A. S. Logvinenko, M. V. Beda, O. B. Mednikova.* CLINICAL EFFICACY OF FLIXONASE IN TREATING PER-  
**10** RENIAL ALLERGIC RHINITIS

*V. A. Grineva.* CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL ASPECTS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF  
**15** SPHENOIDAL SINUSITIS

*N. K. Sanzharovskaya.* OSTEOMA OF  
**19** PARANASAL SINUSES

*5. Z. Piskunov, V. S. Barsukov, F. N. Zavialov, I. S. Piskunov, O. N. Kuznetsova.* PATHOGENESIS AND MORPHOGENESIS OF ANTROCHOANAL POLYPS  
**22**

*G. A. Gadzhimirzaev, A. A. Gamzatova, Yu. A. Dzhamaludinov, R. G. Gadzhimirzaev a.* CRITICAL EVALUATION OF SOME CONCEPTS IN SURGICAL TREATMENT OF NASAL SEPTUM AND EXTERNAL NOSE DEFORMITIES

#### Current Events

**28**

-IQ

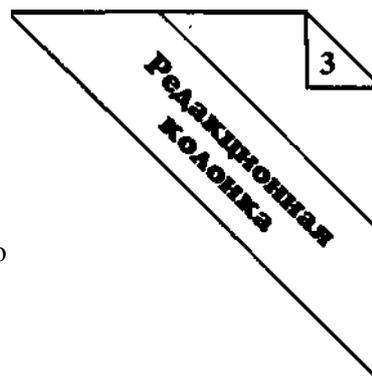
*Ly* **Anniversaries 40**

#### Meeting Calendar

## Уважаемые читатели!

С момента организации общества ринологов и создания журнала «Российская ринология» мы постоянно говорили, что ринология часть оториноларингологии, и организация общества и издание журнала необходимы потому, что это направление в оториноларингологии нуждается в более интенсивном развитии. В структуре международных организаций по различным направлениям оториноларингологии ринология играет ведущую роль. Это подтверждается интенсивной работой Европейского и Международного обществ ринологов, работой национальных обществ, постоянно действующих курсов, симпозиумов, таких, как «Международный симпозиум по инфекции и аллергии носа», «Экспериментальная ринология» и ряда других общественных организаций. Научная и клиническая ринология рассматривает различные вопросы. Это прежде всего организация помощи пациентам, разработка новых способов медикаментозного и хирургического лечения, оценка и внедрение этих способов в клиническую практику, обучение специалистов. Результаты деятельности ринологических обществ постоянно выносятся на обсуждение на конференциях, съездах и конгрессах всех уровней. 7 июня в Филадельфии, во время XVI конгресса ISIAN состоялось собрание зарубежных членов редакционного совета нашего журнала, во время которого заместитель главного редактора А. С. Лопатин вручил сертификаты вновь избранным членам: Полу Ван Каувенбергу, Дэйвиду Кеннеди, Юджину Керну, Эгберту Хойзингу и Хайнцу Штаммбергеру (фото на цветной вкладке). Научные и художественные качества последних номеров журнала получили высокую оценку всемирно известных ринологов, и они подтвердили свое желание продолжить сотрудничество с «Российской ринологией». В состав редакционного совета был включен Дезидерио Пассали (Италия). Помимо публикуемых в этом номере статей Вольфа Манна и Пола Ван Каувенберга сейчас переводятся и готовятся в печать оригинальные статьи из клиник Хайнца Штаммбергера (Австрия) об эндоскопической декомпрессии зрительного нерва, Вольфганга Драфа (Германия) об особенностях течения послеоперационного заживления ран после эндоназальных операций, Рубена Сет лифа (США) о минимально инвазивной хирургии околоносовых пазух, а также несколько интересных работ российских ученых. Уже направили свои статьи в редакцию нашего журнала Дэйвид Кеннеди и Дезидерио Пассали. Российское общество ринологов, в соответствии с принятым Уставом, через свой журнал доносит информацию не только для своих членов, но и для всех оториноларингологов. Поэтому мы сочли возможным периодически публиковать работы, посвященные общим проблемам оториноларингологии. В основном это отчеты о крупных международных конгрессах, работы по совершенствованию преподавания оториноларингологии, по организационным вопросам. В данном номере есть такие работы. Состоявшийся в начале марта этого года Всемирный конгресс — большое событие в жизни оториноларингологов. По материалам конгресса и свежим впечатлениям о его работе написан достаточно большой отчет. Мы сочли необходимым опубликовать его целиком для того, чтобы читатели получили полное представление о новейших достижениях и событиях в жизни оториноларингологов всего мира. Однако в одном отчете невозможно осветить весь огромный объем работы, проделанной оториноларингологами за четыре года между конгрессами и, возможно, публикации других участников конгресса восполнят недостаток информации по другим направлениям в оториноларингологии. Публикуемый отчет касается ринологии и отиатрии.

«Российская ринология» издается с 1993 года. За этот период времени проведена большая работа по подготовке и распространению информации через журнал по его изданию. К сожалению, до настоящего времени встречаются врачи, не знающие о его существовании. Мы обращаемся с просьбой к нашим постоянным подписчикам — покажите полученные вами номера журнала своим коллегам. Возможно, их заинтересует наше издание и они подпишутся на журнал. Подписка принимается во всех отделениях связи (каталог Роспечати).



Главный редактор Г. 3. Пискунов.



Пол Б. ван Каувенберг,  
Ингеборг Дж. М. Дуг

УДК в12.018:577.175.824].08

## Гистамин и нейропептиды

Отделение  
оториноларингологии  
Университетского госпиталя  
(Гент, Бельгия)

Сразу вслед за открытием гистамина в конце прошлого века была отмечена параллель между эффектом гистамина у животных и проявлением анафилактической реакции (J. C. Foreman, 1987). Еще в 1927 г. Т. Lewis указал на общность между реакцией на инъекцию гистамина и тройной реакцией на повреждение. Позднее было доказано, что гистамин находится в тучных клетках и базофилах. Множество работ было посвящено изучению антиген-IgE-опосредованной стимуляции тучных клеток в патогенезе аллергии, а также альтернативных путей стимуляции нервных клеток. За последние 15 лет мы узнали, что нервная система играет определенную роль в патогенезе воспаления и аллергических реакций, а нейропептиды являются возможными передатчиками нейrogenного воспаления.

Чувствительные волокна тройничного нерва, расположенные в полости носа, способны реагировать на раздражающие стимулы, такие, как механические и термические повреждения. Эти нервы формируют афферентную часть нескольких центральных рефлекторных дуг, а также участвуют в локальных ответах подобно образованию кожной папулы и гиперемии (O. Celander, B. Folkov, 1953).

Такие нейротрансмиттеры, как SP, соматостатин, CGRP и NKA были найдены в чувствительных нервных окончаниях (J. C. Foreman, 1987). Парасимпатические нейроны содержат ацетилхолин, а также вазоактивный интестинальный полипептид (VIP) и РИМ (P. J. Barnes, 1987). Симпатические нейроны содержат норадреналин и NPY, которые обеспечивают длительную вазоконстрикцию (J. S. Lacroix et al., 1993).

Субстанция P (SP) — это пептид из семейства такикининов, его часто находят в большом количестве в артериальных сосудах, в меньших количествах — в венозных сосудах, в дольках желез и в эпителии. NK, или SP-рецепторы локализируются в эпителии, железах и сосудах (J. R. Carstairs, P. J. Barnes, 1986). SP стимулирует секрецию подслизистых желез, увеличивает назальный кровоток, улучшая микроваскуляризацию в посткапиллярных венулах (P. Van Cauwenberge et al., 1986; J. K. Baraniuk et al., 1991). Она способствует дегрануляции определенных типов тучных клеток, например, клеток, находящихся в коже человека (J. C. Foreman et al., 1983; P. Van Cauwenberge et al., 1987).

В слизистой носа в большом количестве имеется VIP, состоящий из 28 аминокислот. Распределение волокон, содержащих VIP, в дыхательных путях человека соответствует распространению холинэргичес-

ких волокон (R. Uddman, R. Sundler, 1979). VIP-рецепторы локализируются в стенках артериальных сосудов, подслизистых железах и эпителиальных клетках. VIP стимулирует секрецию слизи, вызывает расширение сосудов полости носа и может регулировать мукоцилиарный клиренс (P. J. Barnes, 1987). Разнообразие эффектов SP и VIP на слизистую оболочку носа дает основание предполагать, что эти нейротрансмиттеры участвуют в патогенезе аллергических и неаллергических ринитов.

### ЭКСПЕРИМЕНТЫ

Целью наших экспериментов было уточнение некоторых механизмов вовлечения нейропептидов в воспалительный процесс в качестве медиаторов. Мы попытались установить, является ли этот процесс результатом прямого воздействия или осуществляется посредством выделения гистамина. В данной работе суммированы результаты четырех различных исследований.

Первое исследование: действие блокатора H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов на кожную реакцию, вызванную внутрикожной инъекцией нейропептидов, у добровольцев.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

У 12 здоровых добровольцев (6 женщин и 6 мужчин, средний возраст 22 года) в предплечье внутрикожно были введены 4 различных вещества, каждое в количестве 10 мкл: SP (50 мкл/мл), VIP (50 мкл/мл), 48/80 (мкл/мл) и гистамин (0,1 мг/мл). 10 минут спустя проводилось компьютерное исследование кожной реакции. Эксперимент проводился дважды с недельным интервалом. За 2 часа до инъекции добровольцам давали 1 дозу плацебо, в следующий раз — 10 мг цетиризина (H<sub>1</sub>-блокатора).

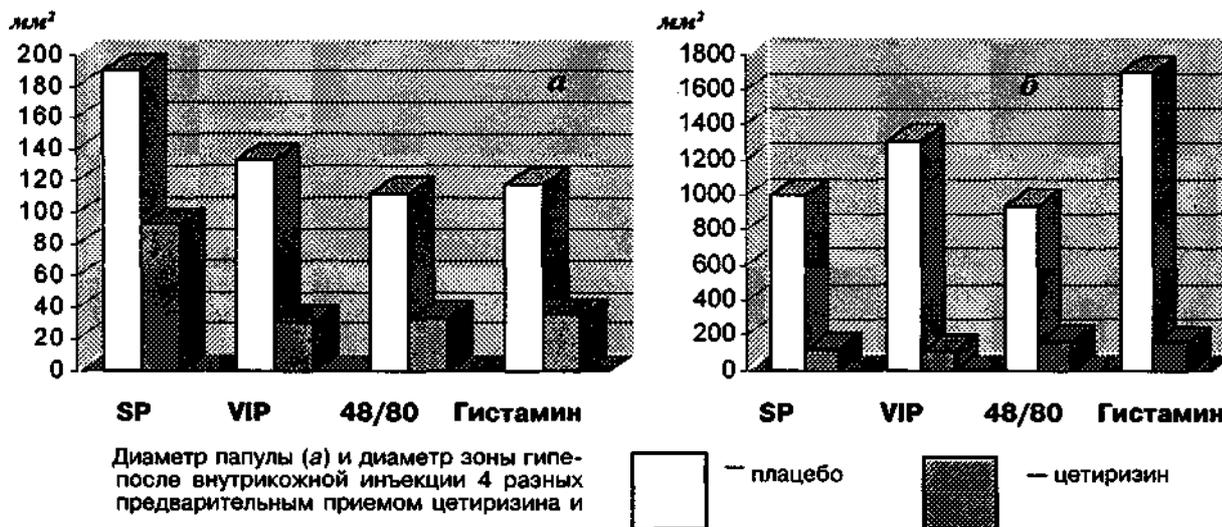
### РЕЗУЛЬТАТЫ

Выраженность кожной реакции (размеры папулы и особенно области гиперемии), вызванной инъекцией четырех перечисленных веществ, значительно уменьшается на фоне приема цетиризина. Воспалительная реакция практически отсутствует.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Эти экспериментальные данные подтверждают находки J. C. Foreman et al., (1983), свидетельствующие о том, что активность нейропептидов SP и VIP в коже может значительно ингибироваться блокатором H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов. Это позволяет предположить, что SP и VIP способствуют выделению гистамина в коже. Практически полное блокирование воспалительной гиперемии после предва-

\* Перевод с англ. С. В. Рябовой и В. С. Нефедова.



рительного приема антигистаминного препарата свидетельствует о том, что гиперемия обусловлена только действием гистамина, а не прямым воздействием нейропептидов.

Второе исследование: действие антигистаминных (блокаторов H<sub>1</sub> и H<sub>2</sub>-рецепторов) препаратов на размеры папулы, вызванной внутрикожным введением нейропептидов у макаки-резус.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В первой части исследования участвовали 8 самок обезьян, которые получали внутрикожные инъекции трех различных концентраций SP, VIP и гистамина в дозе 10 мкл: 5, 50 и 100 мкг/мл SP и VIP; 0,03, 0,15 и 0,3 мг/мл гистамина (P. van Cauwenberge et al., 1987). Обезьян обезболивали внутримышечным введением кетамина. Через 10 мин. после инъекции при помощи компьютера измеряли размеры папулы (из-за серого цвета кожи у обезьян размеры области гиперемии кожи оценить невозможно).

Эксперимент повторялся четыре раза с недельным интервалом. В 1-й серии экспериментов антигистаминные препараты не назначались. Во 2-й серии за два часа до инъекции 10 мг цетиризина вводили через назогастральный зонд. В 3-й серии перед инъекцией вводили 300 мг H<sub>2</sub>-антагониста-циметидина через назогастральный зонд. В последнем эксперименте вводили оба препарата в той же схеме.

Во второй части исследования мы провели аналогичные эксперименты на четырех самцах макаки-резус лишь с тем отличием, что в 3-й серии опытов вводилось 60 мг терфенадина (H<sub>1</sub>-блокатор II поколения), а в 4-й — 6 мг дексрахлорфенирамина (старый антигистаминный препарат). 1-я и 2-я серии эксперимента были аналогичны первой части исследования (без введения препаратов и с введением цетиризина).

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

В первой части исследования мы установили, что у макаки-резус, как и у людей, H<sub>1</sub>-антагонист цетиризин ингибирует на клеточном уровне аллергическую реакцию, вызванную внутрикожной инъекцией

VIP, SP и гистамина, в то время как H<sub>2</sub>-антагонисты обладают минимальным ингибирующим эффектом, а эффективность комбинации этих препаратов не выше, чем эффективность самого цетиризина. Во второй части исследования мы установили, что цетиризин обладает одинаковой ингибирующей активностью в отношении SP, VIP и гистамина при их внутрикожном введении (рис. 2).

Третье исследование: провокационные носовые пробы с SP и VIP у макаки-резус: измерение объема носового секрета и содержания в нем гистамина.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Четырех самцов макаки-резус вводили в кетаминный наркоз. На нижние носовые раковины с обеих сторон наносились бумажные диски со следующими веществами: физиологический раствор (дважды), SP 20 и 40 мкг, VIP 20 и 40 мкг, метахолин (0,3 и 1,2 мг) и гистамин (0,3 и 1,2 мг). Интервал меж-

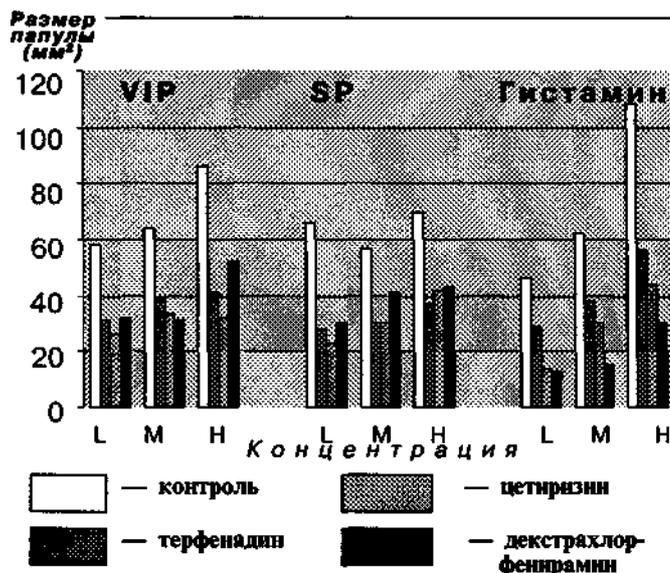


Рис. 2. Диаметр папулы после внутрикожной инъекции VIP, SP и гистамина в трех различных разведениях (L: 5 мкг/мл SP или VIP или 0,03 мг/мл гистамина; M: 50 мкг/мл VIP или SP или 0,3 мг/мл гистамина; H: 100 мкг/мл VIP или SP или 0,3 мг/мл гистамина), с предварительным введением H<sub>1</sub>-блокаторов или без них (макаки-резус).

ду экспериментами составлял не менее двух дней. Предварительно взвешенные пластинки, содержащие активные субстанции, извлекались через 5 минут и взвешивались вновь с целью определения объема носового секрета. Затем диск центрифугировали, и жидкость, содержащуюся в нем, подвергали радиоиммунному анализу для того, чтобы определить концентрацию гистамина (за исключением исследований с провокацией гистамином). Затем чистый бумажный диск вводился в полость носа и оставался там на 10 минут, после чего диск снова взвешивался и центрифугировался для определения содержания в нем гистамина.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Внутриносая провокационная проба с VIP, также как и с гистамином и метахолином, вызывала дозозависимую гиперсекрецию слизистой оболочки у макаки-резус (рис. 3, а). SP также стимулировала секрецию, но выраженность эффекта не зависела от концентрации, видимо, потому, что доза 20 мкг уже достаточно высока для максимальной стимуляции. Пик секреции отмечался в первые 5 минут после провокации. Проба с VIP вызывала быструю и краткосрочную дозозависимую секрецию гистамина. И опять, в случае провокации SP, отсутствовал дозозависимый эффект, по крайней мере при тех дозировках, которые использовались в эксперименте (рис. 3, б).

Четвертое исследование: провокационная проба с SP с последующей риноманометрией у добровольцев.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Десяти здоровым мужчинам-добровольцам (средний возраст 24 года) в обе ноздри вводили SP в количестве 0,2 мл в различных дозах (10, 20, 40 и 80 мкг/мл). Между провокациями делали 30-минутный интервал. Через 3 и 13 минут после каждой пробы проводили активную переднюю риноманометрию.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Если взглянуть на средние уровни носового сопротивления после введения различных концентраций SP, можно заметить дозозависимое увеличение носового сопротивления как через 3, так и через 13 минут после пробы (рис. 4, а и б). Однако, когда анализировали индивидуальные показатели, данный феномен был отмечен только у 6 из 20 исследуемых. Кроме этого, разные половины полости носа у конкретного исследуемого реагировали неодинаково, вероятно под влиянием носового цикла.

### ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫВОДЫ

Два первые эксперимента показали, что формирование очага гиперемии, вызванное внутрикожной инъекцией SP у людей и обезьян, ингибируется предварительным введением H<sub>1</sub>-антигистаминовых препаратов. Образование папулы ингибируется частично. Существует два возможных объяснения этих результатов. Первое: инъекция SP вызывает секрецию гистамина, освобождающегося из тучных клеток в месте инъекции. Гистамин стимулирует нервные окончания и вызывает аксонный рефлекс, который в свою

очередь вызывает местную воспалительную реакцию. Второй механизм, который может осуществляться одновременно, заключается в следующем: гистамин, выделяющийся в результате введения нейропептидов, действует непосредственно на кровеносные сосуды, вызывая вазодилатацию.

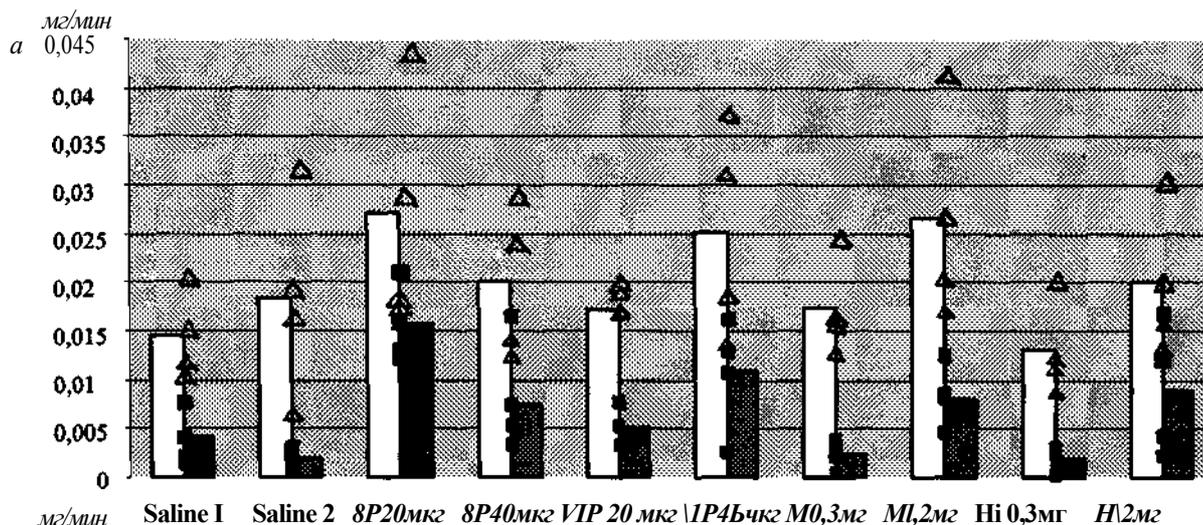
Каково же действие SP и VIP на слизистую оболочку носа? У макаки-резус носовые провокации с SP и VIP вызвали гиперсекрецию и выделение гистамина, а в случае с VIP они были дозозависимыми. В еще одном, не предоставленном здесь исследовании, носовая провокация с SP также вызвала локальную секрецию гистамина у людей. Другие исследования показали, что SP на молекулярном уровне действует сильнее, чем NKA. Это указывает на вовлечение в процесс NK<sub>1</sub>-рецепторов (С. М. Lee et al., 1982). Проводились и другие эксперименты, показавшие, что SP стимулирует только глюкокортикозную секрецию, а не серозную секрецию клеток слизистой оболочки носа у человека (Р. J. Barnes, 1987).

У людей носовая проба с SP вызывает в некоторых случаях дозозависимое увеличение носового сопротивления. Тот факт, что SP увеличивает носовой кровоток, но в меньшей степени влияет на воздушный поток в полости носа, позволяет предположить, что SP регулирует тонус резистивных сосудов, таких, как артерио-венозные анастомозы, но не увеличивает емкость сосудов.

На основании наших собственных и некоторых других экспериментов мы можем сделать вывод, что нейропептиды, по крайней мере SP и VIP, могут вызывать существенные изменения в тканях кожи и слизистой оболочки носа. Эти вещества вызывают также секрецию гистамина. Эти находки, а также выделение нейропептидов из носового секрета при провокационных пробах (В. L. Mosimann et al., 1993), наводят на мысль об участии нейропептидов в патогенезе носовой аллергии, которая является хорошим примером нейрогенного воспаления.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Baranjuk J. K., Lundgren J. D., Mullol J et al. Substance P and neurokinin A in human nasal mucosa // *Am. J. Resp. Cel. Molec. Biol.* - 1991. - Vol. 144. - P. 228-236.
2. Barnes P. J. Neuropeptides in the lung: localisation, function, and pathophysiologic implications // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1987. - Vol. 79. - P. 285-295.
3. Carstairs J. R., Barnes P. J. Autoradiographic mapping of substance P receptors in lung // *Eur. J. Pharmacol.* — 1986. - Vol. 127. - P. 295-296.
4. Celerander O., Folkow B. The nature and the distribution of afferent fibres provided with the axon reflex arrangement // *Acta Physiol. Scand.* - 1953. - Vol. 29. - P. 359-370.
5. Foreman J. C., Jordan C. C., Oehme P., Renner H. Structure activity relationship for some substance P-related peptides that cause wheal-and-flare reactions in human skin // *J. Physiol.* - 1983. - Vol. 335. - P. 449-465.
6. Foreman J. C. Neuropeptides and the pathogenesis of allergy // *Allergy.* - 1987. - Vol. 42. - P. 1-11.
7. Lacroix J. S., Van Cauwenberge P., Lundberg J. M. Peptidergic mechanisms in nasal hyperreactivity // *Allergy.* - 1993. - Vol. 48 (Suppl. 16). - P. 21.
8. Lee C. M., Iversen I. L., Hanley M. R. et al. The possible existence of multiple receptors for substance P // *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol.* - 1982. - Vol. 318. - P. 1982.
9. Lewis T. The blood vessels of the human skin and their responses. — London: Shaw and Sons, 1927.
10. Mosimann B. L., White M. V., Hohman R. J. et al. Substance P, calcitonin gene-related peptide, and vasoactive intestinal



мл/мин Saline I Saline 2 8P20мкг 8P40мкг VIP 20 мкг VIP4Бчкг M0,3мг M1,2мг H1 0,3мг H2мг

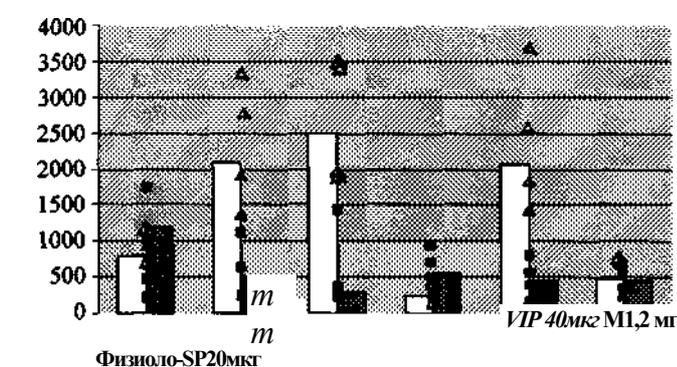


Рис. 3. Количество носового секрета (а) и содержание гистамина в носовом секрете после провокационной пробы с различными веществами (у макак-резус) (б). М: метахолин; Н1: гнетамин. Полые треугольники показывают индивидуальные уровни гистамина в течение первых 5 минут после провокации, черные квадраты — индивидуальные уровни в течение следующих 10 минут после провокации; белые колонки показывают усредненный уровень гистамина в течение первых 5 минут после провокации; серые колонки — средние уровни в течение первых 10 минут.

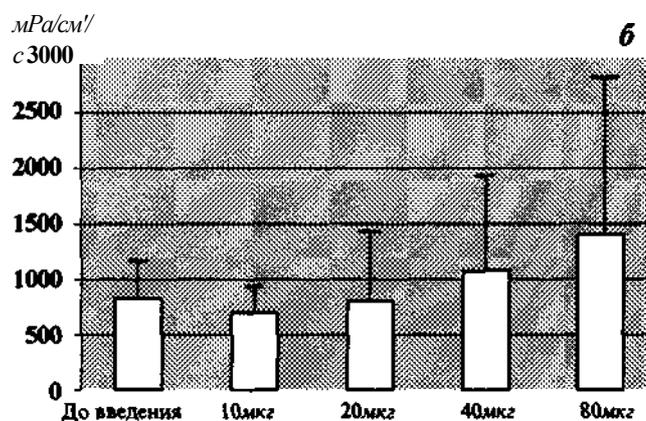
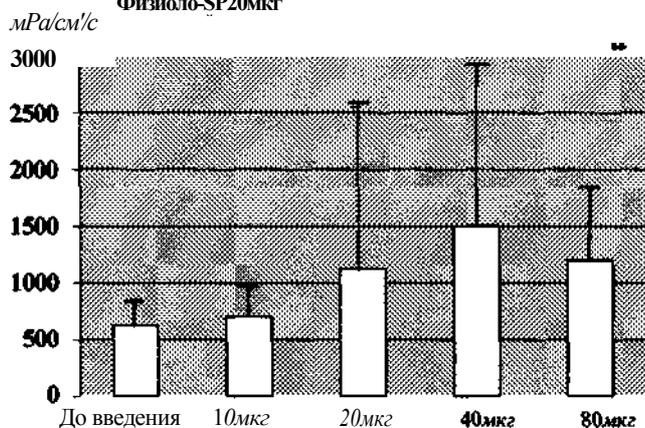


Рис. 4. Носовое сопротивление (активная передняя риноманометрия) после провокации различными дозами SP у людей, а) — левая половина полости носа через 3 минуты, б) — через 13 минут после провокации.

peptide increase in nasal secretions after allergen challenge in atopic patients // J. Allergy Clin. Immunol. - 1993. - Vol.92. - P. 95-104.

11. Uddman R., Sundler F. Vasoactive intestinal polypeptide nerves in human upper respiratory tract // ORL. — 1979. - Vol.41. - P. 221-226.
12. Van Cauwenberge P., Doyle W. J., Skoner D. F. Reactivity of the nasal mucosa of the rhesus monkey to substance P, VIP, compound 48/80 and histamine // Coyas A. (Ed.) Abstracts of the II ERS Congress and 5th ISIAN. - Athens, 1986. - P. 10.
13. Van Cauwenberge P., Doyle W. J., Rihoux J.-P. et al. Effect of cetirizine 2hcl and cimetidine on the rhesus monkey to histamine, 48/80, substance P and vasoactive intestinal polypeptide // Cetirizine Symposium Proceedings. — Brussels: UCB, 1987. - P. 17-22, 88-93.

**P. Van Cauwenberge, I. J. M. Dhooge. HISTAMINE AND NEUROPEPTIDES**

In order to determine whether or not nervous system plays a role in pathogenesis of inflammatory and allergic reactions the authors investigated effects of neurotransmitters — substance P and VIP — on human's and monkey's nasal mucosa. Wheal and flare reactions caused by injection of SP and VIP were considerably inhibited by H1-blockers. Nasal challenge with SP and VIP caused dose-dependent hypersecretion and histamine release in the nasal secretion in monkeys. The challenge also produced increase of nasal resistance in humans. These findings suggest involvement of neuropeptides in nasal allergy, which is a good example of neurogenic inflammation.

Поступила 28.12.96

Вольф Дж. Манн

## Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности \*

Уже в самом начале беременности вследствии взаимодействия организмов матери и плода в водном балансе и гормональном статусе женщины возникают изменения, связанные с перераспределением жидкости и образованием новых жировых депо. Эти существенные с точки зрения ринолога изменения ведут к различным проявлениям заболеваний головы и шеи и ставят перед оториноларингологом трудно разрешимые специфические задачи. Эти задачи касаются практически всех направлений оториноларингологии: ринологии, отологии, отоневрологии, ларингологии, патологии вкусового и обонятельного анализаторов. Самым типичным проявлением ЛОР-патологии во время беременности являются симптомы вазомоторного ринита. Вследствие нарушений иммунологического статуса, главным образом в III триместре беременности, может развиваться клиническая картина риносинусита. Лечение этой патологии сложно, так как необходимо правильно подобрать терапию, эффективную в отношении причинных микроорганизмов и не причиняющую вреда матери и плоду. Вследствие нарушения носового дыхания, вызванного вазомоторным ринитом и риносинуситом, могут возникать вторичные изменения вкуса и обоняния. Во II и III триместрах, а у некоторых женщин и после родов, наблюдается увеличение интенсивности и количества аллергических реакций на ингалируемые аллергены. Типичной является клиническая картина синусита, протекающего по типу синдрома "рикошета" вследствие злоупотребления сосудосуживающими назальными средствами. Причиной вазомоторного ринита, сопровождающегося гиперсекрецией и наблюдающегося в I и III триместрах беременности, является высокий уровень эстрогенов. Эстрогены ингибируют ацетилхолинэстеразу, и это ведет к повышению уровня ацетилхолина в крови, что в свою очередь проявляется отеком и гиперемией слизистой оболочки носа. Последними, но не менее важными, будут местные травматические повреждения, которые в связи с высоким уровнем эстрогенов протекают в виде пиогенных гранулем, появляющихся в преддверии и на перегородке носа, а также в полости рта, на корне языка и в наружном слуховом проходе. Эти гранулемы кровоточат при легком прикосновении, требуют иссечения, имеют тенденцию к вторичному появлению, но после родов самостоятельно исчезают.

Затруднение носового дыхания, вызванное вазомоторным ринитом или риносинуситом (синдром "рикошета"), требует временного назначения сосудосуживающих препаратов для улучшения вентиляции и дренажа околоносовых пазух. При аллергическом рините топические кортикостероиды, антигистаминные препараты или кромогликат натрия могут быть показаны в течение всего периода беременности. При затяжном течении острого синусита или при рецидивирующем синусите могут потребоваться антибиотики. Спектр патогенных микроорганизмов, вызывающих острый синусит у беременных, не отличается от такового в общей популяции. Основные микроорганиз-

Клиника оториноларингологии  
университета Йоханнеса  
Гуттенберга (Майнц, Германия)

мы — это *Nemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Branhamella catarrhalis* и *Streptococcus pyogenes*. Эти бактерии вызывают более 90% всех острых синуситов и средних отитов как в монокультуре, так и в различных ассоциациях.

Решив назначить антибиотики в связи с тяжестью инфекции, для достижения адекватного уровня в крови и тканях при расчете дозировки врач должен учитывать увеличение веса тела во время беременности примерно на 20%. Учитывается также вероятность ослабления гормональных и клеточных защитных механизмов в каждом конкретном случае. Среди пероральных антибиотиков препаратами выбора являются ампициллин и амоксициллин, а в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда — эритромицин. Альтернативой могут быть цефалоспорины первого и второго поколения, в частности, цефуроксим и цефоклор. Следует учитывать, что у 15 — 20% пациентов существует перекрестная аллергия к пенициллинам. Когда применение других антибиотиков не дает результата, показано внутривенное введение цефалоспориновых антибиотиков III поколения. Их IV поколение и новые макролиды, например рокситромицин и кларитромицин пока не разрешены к применению у беременных женщин. Реальная ситуация с резистентностью к ампициллину среди штаммов, вызывающих острый синусит, варьирует в разных странах. По данным, полученным в Германии, у *Nemophilus influenzae* она составляет 7%, у пневмококков — 0,3%, у *Branhamella catarrhalis* — 30%. В США, Италии, Испании и Польше цифры варьируют. Данные по России автору неизвестны. У части беременных женщин сохраняется возможность терапии пенициллином, особенно при инфекции, вызванной р-гемолитическим стрептококком. Это довольно редкое явление, но оно должно быть известно лечащему врачу. Некоторые штаммы *Streptococcus pyogenes*, выделенные из секрета пазух, демонстрируют в лабораторных тестах чувствительность к пенициллину, но на практике существует значительная разница между минимальной ингибирующей (МИС) и минимальной бактерицидной (МБС) концентрациями. Такая пенициллиновая толерантность требует создания очень высокой концентрации пенициллина или ампициллина в тканях при внутривенном введении для уничтожения патогенных бактерий.

Отитрические проявления во время беременности — это уже упомянутая пиогенная гранулема наружного слухового прохода, отек слизистой оболочки среднего уха при хроническом мезотимпаните, хорошо известный феномен появления или прогрессирования симптомов отосклероза во время беременности, а также феномен так называемой "зияющей слуховой трубы". Отосклероз является аутосомно-доминантным генетически обусловленным заболеванием с наследованием хромосомного дефекта в 30% случаев. Очаги отосклероза локализируются в области ниши овального окна и в капсуле лабиринта, что ведет к фиксации стремени. Некоторые очаги могут пенетрировать в перилимфатическое пространство, неся с собой продукты разрушения кости и приводя к токсическому поражению внутреннего уха. Шум в ушах у пациентов,

\* Перевод с англ. С. Р. Рябовой и В. С. Нефедова.

страдающих отосклерозом, — это характерный симптом, он может быть вызван вышеописанными механизмами. Течение уже развившегося отосклероза обычно ухудшается в последнем триместре беременности или после родов и прогрессирует с каждой последующей беременностью. Процесс может ограничиваться одним ухом, но обычно он носит двусторонний характер.

Поскольку истинная природа и распространенность такого явления, как "зияющая евстахиева труба" у беременных женщин мало изучены, этому феномену зачастую не уделяют внимания либо неверно трактуют его как острый тубоотит или нарушение проходимости слуховой трубы, хотя на самом деле все происходит наоборот. "Зияющая" евстахиева труба встречается у 6% населения. Само название отражает суть заболевания: вместо того, чтобы находиться в закрытом состоянии и открываться только во время акта жевания и глотания, поверхности слизистой оболочки слуховой трубы не слипаются в обычном состоянии, а сама труба открыта для передачи перепадов давления из носоглотки в среднее ухо во время разговора, глотания и дыхания через нос. У женщин эта патология выявляется в 2 раза чаще, чем у мужчин. 80% беременных страдают от этого вида дисфункции, но она спонтанно излечивается после родов. Развитие этой патологии провоцируется также стрессом, потерей веса, физическими упражнениями и использованием оральных контрацептивов. У некоторых пациентов "зияющая" слуховая труба — явление временное.

Симптомы "зияющей" слуховой трубы — аутофония, ощущение наполненности и давления в ухе, иногда звон и ощущение подвижности барабанной перепонкой при дыхании. Это может быть подтверждено с помощью отомикроскопии. Все симптомы обычно уменьшаются в положении лежа на спине. В 1972 году Мюнкер, обследовав 18 беременных женщин с "зияющей" слуховой трубой, обнаружил, что у 4 из них данная симптоматика вызывала тяжелое недомогание, у 9 — умеренный дискомфорт, в то время как у 5 жалобы были минимальными или отсутствовали вовсе.

Паралич Белла (поражение лицевого нерва) у беременных женщин встречается в 3,3 раза чаще, чем у небеременных и развивается обычно в III триместре или после родов. Это заболевание имеет вирусную этиологию, и в основе его патогенеза лежит полиганглионит, который ведет к вторичной аутоиммунной демиелинизации пораженных нервных волокон. Центробежные (моторные) нервные волокна, идущие через ганглии, также могут быть вовлечены в патологический процесс. Инфицирование вирусом herpes zoster рассматривается как причинный фактор. Прогноз различен: наряду с существованием abortивных, самоизлечивающихся форм, у ряда пациентов в течение нескольких дней происходит дегенерация 95% и более нейрофибрилл. Для лечения тяжелых форм с хорошим эффектом применяют стероиды. При клинических признаках вирусной герпес-инфекции целесообразно назначить ацикловир.

Описание оториноларингологических симптомов, появляющихся во время беременности, было бы неполным, если не упомянуть о классических ларингологических проявлениях беременности, коими являются гиперемия, отек слизистой оболочки, гиперсекреция или сухость в гортани, которые как правило появляются во II триместре. При стробоскопии можно увидеть снижение амплитуды колебания голосовых складок. Это ведет к изменению тембра голоса, что осо-

бенно опасно для певцов и представителей других голосовых профессий, таких как адвокат и учитель. Терапия включает голосовой покой и назначение местного или общего противовоспалительного лечения. Во II и III триместре беременности рефлюкс-гастрит является обычным явлением, которое может привести к формированию контактных язв на мышечных отростках черпаловидных хрящей, либо к появлению контактной гранулемы. Обе нозологии не требуют пристального внимания, если не вызывают сильной боли, дисфонии и дискомфорта. Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов и нейтрализующие вещества помогают в данной ситуации, хотя после родов эти симптомы исчезают самостоятельно.

При поздних сроках беременности снижается восприятие вкуса и запаха. Это может быть вызвано отеком слизистой оболочки носа, вызванной вазомоторным ринитом или обонятельной дисфункцией у беременной. Это особенно травмирует женщин, так как обоняние и вкус у них обычно более обострены, чем у мужчин. Беременность изменяет восприятие различных оттенков вкуса, сначала страдает восприятие соленого, затем - кислого, горького и сладкого. Эта последовательность специфична для людей, но также встречается в разных сочетаниях и у животных. Во время беременности может увеличиться или измениться количество потребляемой пищи вследствие ингибирования хордо-желудочного рефлекса, гипогенезии и паракесии.

В заключение следует сказать, что большинство оториноларингологических симптомов, перечисленных выше и возникающих во время беременности, спонтанно исчезают после родоразрешения. Тем не менее ряд заболеваний, развившихся или прогрессирующих во время беременности, такие как кондуктивная тугоухость при отосклерозе, рецидивирующий риносинусит, аллергия и некоторые формы гранулем впоследствии могут потребовать специфического лечения у оториноларинголога.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Freche Cu., Fontanel J. P. (Eds). L'obstruction nasale. — Paris: 1996.
2. Getchell T. V., Doty R. L., Bartoshuk L. M., Snow J. B. (Eds). Smell and taste in health and disease. — New York: 1991.
3. Mann W., Jonas J., Riede U. N., Beck Ch. A contribution to the pathogenesis of otosclerosis // Arch. Otorhinolaryngol. — 1980. - Vol. 226. - P. 161.
4. Munker G. Tubenfunktionsmessung Habilitationsschrift. — Freiburg, 1972.
5. Rosenburg B., Fikentscher R, Klinische olfactologie und gustologie. - Leipzig: 1997.
6. Schiffmann S. Taste and smell in disease // New England Journal of Medicine. - 1983. - Vol. 308. - P. 1337.

Поступила 14.04.97

#### W. J. Mann. OTORHINOLARYNGOLOGIC MANIFESTATIONS DURING PREGNANCY

Various otorhinolaryngologic manifestations developing during pregnancy, their diagnosis and treatment are described. The author stresses importance and high incidence of the so-called "patulous eustachian tube" in pregnant women, this entity is frequently overlooked or unknown. Most ORL symptoms occurring during pregnancy resolve spontaneously after parturition. Nevertheless the lasting sequelae like conductive hearing loss due to otosclerosis, persistent rhinosinusitis, allergy or some forms of granulomas may require definite treatment by otorhinolaryngologist and are lasting witnesses of pregnancy.

Л. А. Горячкина, Б. А. Черняк, Н. М. Ненашева, И. А. И. Воржева,  
С. Логвиненко, М. В. Беда, О. Б. Медникова**Клиническая эффективность  
Фликсоназе в лечении  
аллергического круглогодичного  
ринита**Российская медицинская академия  
поспедипломного образования, Москва,  
Иркутский институт усовершенствования  
врачей, Новосибирский медицинский  
институт

Хронический ринит является одним из самых распространенных заболеваний, которым страдает 10—20% населения (М. Okuda, 1988; Р. А. Pedersen, E. R. Weeke, 1981). Около половины из всех существующих форм заболевания составляет аллергический ринит (АР) (В. Sibbald, 1995). К сожалению, отсутствуют современные крупномасштабные эпидемиологические исследования ринитов в нашей стране, а на основании существующих данных можно лишь предположить распространенность АР по меньшей мере у 4—5% взрослого населения России и значительно более высокие показатели заболеваемости среди детей и подростков.

Существенной характеристикой АР, помимо их высокой распространенности, является значительное снижение качества жизни больных. Кроме симптомов, непосредственно относящихся к АР, больные, как правило, жалуются на головную боль, ухудшение сна, снижение работоспособности и концентрации внимания, что ограничивает их социальную активность и ухудшает эмоциональное благополучие (E. F. Tuniper, G. H. Guyatt, 1991). Важным обстоятельством является и то, что АР часто ассоциируется с бронхиальной астмой. Так, среди больных с атоической формой астмы АР диагностируется примерно в 80% случаев (M. J. Mercer, C. H. Varnie Kerk, 1991) и, наоборот, у пациентов с изолированным АР более чем в половине случаев позднее присоединяется бронхиальная астма (M. Brydon, 1993; B. J. Settipane, G. W. Nagy, G. A. Settipane, 1991). В связи с этим АР часто оценивается как существенный фактор риска бронхиальной астмы (S. S. Braman, A. A. Barrons, B. A. Decotiis et al, 1987; J. Z. Prieto, V. Gutierrez, J. H. Berto, B. Camps, 1996). Следовательно, патогенетическое лечение АР должно рассматриваться не только как устранение симптомов заболевания, но и как фактор первичной и вторичной профилактики бронхиальной астмы.

Аллергически индуцируемое воспаление, лежащее в основе АР, характеризуется сложным межклеточным взаимодействием с участием тучных клеток, эозинофилов, Т- и В-лимфоцитов. Локально продуцируемые медиаторы с одной стороны опосредуют развитие симптомов ринита, а с другой — инициируют назальную гиперреактивность и хронизацию заболевания за счет вовлечения в процесс воспаления новых клеточных популяций (& M. Bentley, 1992; P. Bradding, I. H. Feather, S. Wilson, 1993). Такая динамика особенно характерна для аллергического круглогодичного ринита (АКР), обусловленного персистирующим воздействием аэроаллергенов дерматофагоидных клещей, эпидермиса, тараканов, плесневых грибов.

Современные представления о патогенезе АР диктуют необходимость применения противовоспалительных средств и, в частности, глюкокортикостероидов.

После введения в 1973 году в клиническую практику беклометазона дипропионата интраназальные глюкокортикостероиды (ИГКС) благодаря высокой терапевтической активности и минимальному риску

при АР. Как было показано в многочисленных исследованиях, применение ИГКС у больных АР уменьшает клеточную инфильтрацию, в том числе содержание тучных клеток и эозинофилов в слизистой оболочке носа, тормозит высвобождение медиаторов и хемотаксис лейкоцитов, снижает сосудистую проницаемость и назальную гиперреактивность (U. Pirkorn, D. Proud, J. M. Zichenstein, S. A. Kagey et al, 1987; C. Svensson, M. Andersson, G. G. A. Passonet al, 1990). Благодаря выраженному местному противовоспалительному действию устраняются или значительно снижаются такие симптомы аллергического воспаления, как заложенность носа, зуд, чиханье и ринорея (H. A. Orgel, E. O. Meltzer, W. Bierman, 1991). При сравнительных исследованиях клинической эффективности было показано, что ИГКС обуславливают более выраженный симптоматический эффект при АР по сравнению с сосудосуживающими, антигистаминными средствами и кромогликатом натрия [1].

Среди ИГКС пристальное внимание клиницистов в последние годы привлекает препарат последней генерации — флутиказон-пропионат (ФП). Благодаря оригинальным фармакологическим свойствам и, в частности, высокой липофильности, селективности и сродству молекулы ФП к ГКС-рецепторам препарат характеризуется с одной стороны выраженной местной противовоспалительной активностью, а с другой — низкой биодоступностью и отсутствием ингибирующего влияния на выработку кортизола надпочечниками, что позволяет считать его достаточно безопасным при длительном применении (S. M. Harding, 1990; G. H. Phillipps, 1990). Высокая эффективность, хорошая переносимость и безопасность ФП как у взрослых больных, так и у детей была продемонстрирована при сезонном и АКР в многоцентровых двойных слепых плацебоконтролируемых исследованиях, проведенных в Европе и США (A. Z. Boner, 1992; A. Z. Boner, Z. Sette, 1994; E. O. Meltzer, 1994).

В нашей стране опыт длительного применения ФП у больных АР недостаточен, в связи с чем и была определена цель настоящего исследования — оценить эффективность и безопасность препарата у взрослых больных АКР среднетяжелого и тяжелого течения в процессе 8-недельного лечения.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Критерием включения в исследование больных АКР являлась доказанная сенсibilизация к аэроаллергенам домашней пыли, дерматофагоидных клещей, плесневых грибов или эпидермиса. В исследование

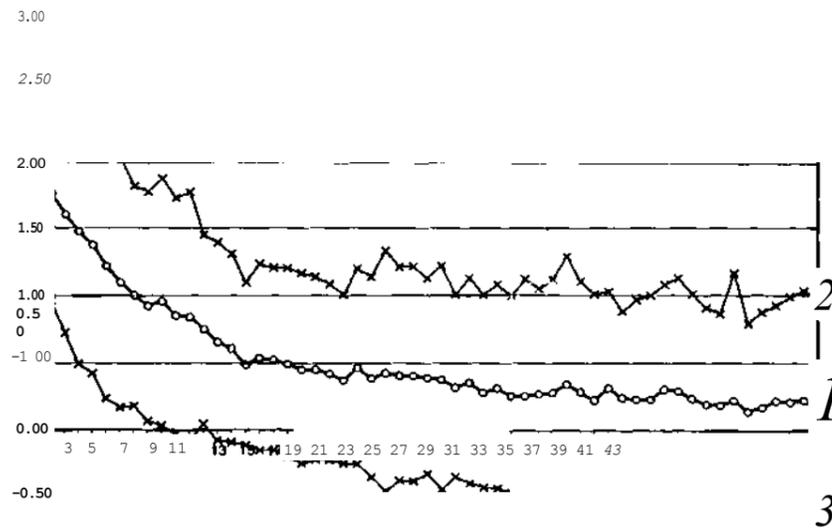


Рис 1. Динамика выраженности симптомов АКР у больных в процессе лечения Ф.

1 — среднее значение по 28 пациентам; 2 — верхняя доверительная граница; 3 — нижняя доверительная граница.

не включались пациенты, страдающие инфекционными и гиперпластическими заболеваниями носа и придаточных пазух, получавшие системную или местную ГКС-терапию в течение последних трех месяцев.

В соответствии с указанными критериями для лечения ФП были отобраны 28 больных АКР (14 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 25 до 59 лет (средний возраст  $40,5 \pm 3,9$  лет), длительность заболевания у которых варьировала в широких пределах: от 1 года до 20 лет (средняя продолжительность заболевания  $8,5 \pm 2,3$  лет). Для наблюдавшихся больных была характерна поливалентная сенсибилизация: в 53,6% случаев имела место гиперчувствительность более чем к 3 аллергенам, составив в среднем  $3,96 \pm 1,26$  аллергена у одного пациента. На момент включения в исследование все пациенты имели среднетяжелую или тяжелую степень выраженности АКР, что является согласно Международному консенсусу по диагностике и терапии ринитов [1] прямым показанием к назначению ИГКС. Необходимо отметить, что 19 пациентов на момент начала исследования получали по поводу АКР терапию антигистаминными, сосудосуживающими препаратами

Для лечения использовался препарат Фликсоназе (Ф), производимый фармацевтической компанией Glaxo Wellcome (Англия) и представляющий собой назальный спрей (0,05% водная суспензия микронизированного ФП) для топического применения на слизистую оболочку носа путем распыления. Одна доза Ф содержит 50 мкг ФП.

Препарат назначался ежедневно в утренние часы в дозе 200 мкг (2 впрыскивания в каждую ноздрю по 100 мкг), при недостаточном клиническом эффекте предусматривалась возможность увеличения дозы Ф до 400 мкг в сутки (4 впрыскивания в каждую ноздрю по 200 мкг). Курс лечения составил 8 недель.

Эффективность Ф оценивали по ежедневной динамике симптомов ринита на основании дневников самонаблюдения пациентов и осмотра врача до ле-

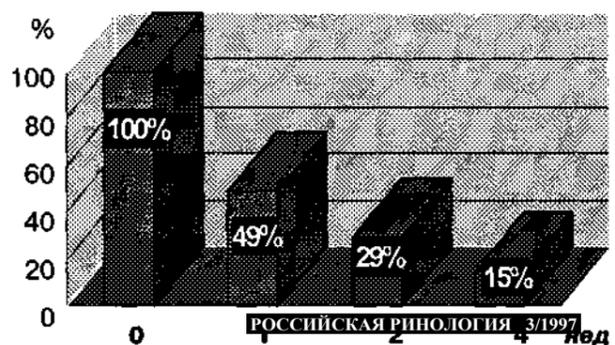
чения, еженедельно в процессе лечения и по его окончании. Симптомы ринита (блокада носового дыхания, чиханье, насморк, зуд в носу, слезотечение) оценивались в баллах по следующей шкале: 0 — отсутствие симптомов, 1 — легкие проявления, 2 — умеренно выраженные симптомы, 3 — выраженные симптомы.

Полученные результаты обрабатывали методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента, регрессивного анализа; оценка уравнений нелинейным методом наименьших квадратов проводилась при помощи пакета MicroTSP.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Положительная динамика проявлений АКР на фоне применения Ф наблюдалась у больных начиная с 3—4-го дня приема препарата и сохранялась до конца лечения, что параллельно отмечалось пациентами в дневниках самонаблюдений (рис. 1) и врачами, оценивающими эффективность проводимой терапии. Важно подчеркнуть, что эти изменения но-

Рис. 2. Снижение суммарного показателя выраженности симптомов (в%) по отношению к началу приема Ф.



## Оригинальные статьи

Таблица 1 Динамика симптомов АКР в процессе лечения Ф

Недели лечения	Блокада носового дыхания	Чиханье	Насморк	Зуд в носу	Слезотечение	Суммарный показатель
1	1,36(0,91)	0,75 (0,75)	1,07(0,77)	0,54 (0,69)	0,14 (0,45)	3,86 (2,45)
2	0,89 (0,88)	0,32 (0,55)	0,64 (0,73)	0,29 (0,46)	0,11(0,42)	2,25(2,15)
4	0,43 (0,69)	0,14 (0,59)	0,36 (0,56)	0,18 (0,39)	0,04(0,19)	1,14(1,65)
t*,	4,94	3,94	4,05	2,68	1,74	9,72
t* <sup>0-2</sup>	7,66	7,76	6,66	5,08	2,43	9,2
t* <sup>0-4</sup>	11,5	8,82	8,65	6,0	3,28	12,6

Примечание. В скобках приведены стандартные отклонения средних значений. \* - значение t-статистик при

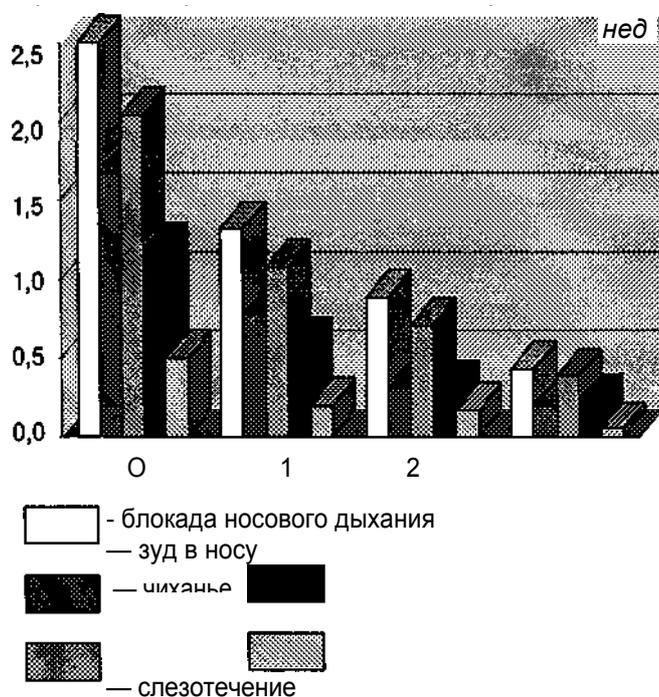


Рис. 3 Динамика отдельных симптомов в процессе

лечения. В скобках приведены стандартные отклонения средних значений. \* - значение t-статистик при суммарного показателя выраженности всех симптомов (рис. 2), так и при оценке динамики отдельных симптомов ринита (рис. 3). Количественные показатели, характеризующие выраженность симптомов АКР в динамике лечения (табл. 1), подтверждают статистически достоверное (95%) снижение клинических проявлений заболевания (кроме слезотечения) уже в конце первой недели приема Ф.

Анализ дозового режима показал, что в 78,6% случаев первоначально назначенная доза Ф, равная 200 мкг, оказалась достаточной и использовалась до конца лечения. У 6 пациентов (21,4%) в связи с недостаточным эффектом терапии доза Ф увеличивалась до 400 мкг: в 4 случаях через одну неделю и у 2 больных через две недели от начала лечения. Трое больных после 2 недель лечения повышенными дозами Ф вернулись к первоначальным (200 мкг) дозам, а в 3 случаях доза препарата оставалась повышенной до конца периода наблюдений. Отметим, что в 5 случаях из 6 дозу Ф повышали женщины. Все эти пациенты имели тяжелые проявления АКР с выраженной блокадой носового дыхания. Кроме этого, у 2 пациентов увеличение дозы Ф было вызвано массивным контактом с причинно-значимым аллергеном (проведение ремонтных работ на службе и дома).

Таблица 2

### Сроки отказа (в днях) больными от препаратов сопутствующей терапии

Препараты сопутствующей терапии	Число больных	Минимальное время	Максимальное время	Среднее время	Стандартное отклонение
Антигистаминные	1	—	—	8	—
Сосудосуживающие	16	2	24	9,6	5,5
Кромогликаты	6	4	16	8,3	4,3

Как уже отмечалось, 19 пациентов на момент начала исследования, а также в первоначальном периоде лечения получали сопутствующую терапию антигистаминными препаратами, сосудосуживающими каплями или кромогликатом натрия. Однако на 2-й неделе лечения Ф большинство пациентов сумели отказаться от применения сопутствующей терапии, т. к. симптомы ринита купировались Ф (таблица 2).

Для исследования статистической значимости вывода о влиянии Ф на динамику симптомов АКР в процессе лечения вне зависимости от сопутствующей терапии применялся регрессионный анализ. Использовались как полные данные (ПД), так и усредненные данные (УД) выраженности симптомов по всем пациентам. Из двух моделей — линейной и экспоненциальной — наилучшие результаты получены для экспоненциальной зависимости суммарного показателя выраженности симптомов (SUM) от времени приема Ф в днях (Т) и препаратов сопутствующей терапии: антигистаминных (АНТ), сосудосуживающих (СОС) и кромогликатов (КРО).

Для уравнения, включающего в себя все перечисленные переменные, получены следующие оценки:

$$(ПД) \text{SUM} = \text{EXP}(-0,047 - 0,14 \text{АНТ} + 0,57505 - 0,031 \text{Т} + 0,24 \text{Ю}?)$$

(1,1) (0,6) (13,6) (16,7) (5,1) (-)j

$$(УД) \text{SUM} = \text{EXP}(-0,47 - 0,31 \text{АНТ} + 2,17 \text{СОС} - 0,0231 + 0,15 \text{КРО})$$

(5,9) (4,2) (5,4) (10,8) (0,2)  
(2)

Из полученных уравнений (в скобках приведены t-статистики оценок коэффициентов регрессии) видно, что в обоих случаях весьма значимыми являются коэффициенты при переменных Т и СОС. Эти данные свидетельствуют о статистически достоверном влиянии Ф на снижение суммарного показателя выраженности симптомов АКР и обратном эффекте сосудосуживающих препаратов (в обоих уравнениях коэффициент при СОС положительный). Последнее можно объяснить тем, что пациенты постоянно или очень часто принимали сосудосуживающие средства, вследствие чего они стали оказывать противоположный эффект. Длительный прием сосудосуживающих средств, являющихся α-адреномиметиками, способствует снижению чувствительности α-адренорецепторов сосудов в слизистой оболочке носа к эндогенному норадреналину и экзогенным вазоактивным препаратам, что часто влечет за собой развитие медикаментозного ринита (18).

Влияние кромогликатов менее выражено (во втором уравнении t-статистика равна 0,2), что позволяет сделать вывод об отсутствии их статистически значимого положительного влияния на фоне приема Ф и исключить переменную КРО из анализа. В этом случае уравнения приобретают следующий вид:

$$(ПД) = \text{EXP}(-0,019 - 0,16 \text{АНТ} + 0,60 \text{СОС} - 0,0327)$$

(0,4) (0,7) (14,2)

$$(УД) \text{SUM} = \text{EXP}(-0,48 - 0,81 \text{АНТ} + 2,25 \text{СОС} - 0,0237)$$

(7,2) (4,4) (10,7) (11,5) (4)

В них, как и раньше, подтверждается положительное влияние Ф и отрицательное — сосудосуживающих препаратов — на состояние пациентов.

\*Из обоих уравнений для УД [(2) и (4)] можно сделать вывод о положительном влиянии антигис-

таминных препаратов на динамику АКР. Этому не противоречат и оценки по ПД: в них коэффициенты при переменной АНТ тоже отрицательны, хотя и с низкими коэффициентами t-статистик. Однако поскольку только один из 28 пациентов принимал антигистаминные препараты, этот вывод требует дальнейшей проверки.

Из динамики симптомов на фоне приема Ф (рис. 1, 3) следует, что действие препарата наиболее выражено в течение первого периода лечения (приблизительно 7 дней), чему соответствуют и статистические показатели (табл. 1). В это же время большинство больных отказываются от сопутствующей терапии (табл. 2). Поэтому представляется целесообразным рассмотреть еще одну модель динамики показателя выраженности симптомов (SUM), убрав в уравнениях (3) и (4) фактор влияния антигистаминных препаратов и позволив коэффициенту при переменной Т (время в днях от начала приема Ф) принимать разные значения при  $T < 7$  и при  $T > 7$ .

$$(УД, T < 7) \text{SUM} = \text{EXP}(-0,029 + 1,04 \text{СОС} - 0,0687)$$

(9,7) (10,8) (5)

$$(УД, T > 7) \text{SUM} = \text{EXP}(-0,26 + 1,04 \text{СОС} - 0,0277)$$

(9,7) (16,7) (6)

Из уравнений (5) и (6) видно, что темп снижения суммарного показателя выраженности симптомов действительно различен в эти периоды. В течение первой недели приема Ф показатель снижается в среднем на 6,8% в сутки, тогда как в последующем периоде в среднем на 2,7%. И в этой модели, как и в предыдущих, отмечается негативное влияние сосудосуживающих препаратов.

Таким образом, имеются все основания для вывода о том, что Ф редуцирует аллергическое воспаление, начиная с 1-й недели лечения, и обеспечивает тем самым полный контроль симптомов АКР без применения других медикаментозных средств. Выявленное с помощью регрессионного анализа отрицательное влияние сосудосуживающих препаратов возможно объяснить их длительным применением и, вероятно, формированием элементов медикаментозного ринита у больных АКР. С этих позиций полное прекращение использования больными (кроме 1 пациента) после длительного (а в ряде случаев и многолетнего) применения интраназальных сосудосуживающих препаратов следует рассматривать как весьма убедительный факт высокой эффективности Ф.

пациентов) был получен отличный результат лечения, у 7% (2 пациента) — хороший, у 1 больного эффект был расценен как удовлетворительный. Эффект препарата расценивали как "отличный" в случае полного купирования симптомов ринита в процессе лечения и отсутствия таковых после его окончания; как "хороший", если в результате лечения у больного оставались лишь единичные слабые симптомы ринита, не требующие дополнительной терапии, и "удовлетворительный" эффект отмечался в случае частичного облегчения всех симптомов ринита в результате лечения Ф. В ходе данного исследования отрицательных результатов (полное отсутствие эффекта препарата) получено не было.

Обращает на себя внимание хорошая переноси-

14

мость Ф: лишь у 3 пациентов (11%) отмечались побочные явления в процессе терапии. Одна больная отмечала легкое жжение в носу после применения Ф в течение первых 15 дней периода наблюдения. Другой пациент жаловался на сухость в носу, беспокоившую его 3 дня в середине лечения, однако прямой связи этого явления с препаратом он не отметил. Наконец, третья пациентка отмечала сухость в носу в течение 5 дней после перенесенного ОРВИ в середине периода наблюдения.

**ВЫВОДЫ**

1. Ф является высокоэффективным противовоспалительным средством для лечения АКР со среднетяжелым и тяжелым течением.

2. Ф в суточной дозе 200 мкг одинаково эффективно влияет на все клинические проявления АКР (блокада носового дыхания, ринорея, чиханье, зуд в носу). В случаях с наиболее тяжелыми проявлениями заболевания эффективной суточной дозой может быть 400 мкг препарата.

3. Монотерапия АКР с применением Ф полностью контролирует течение заболевания и позволяет больным отказаться от использования назальных сосудосуживающих капель и антигистаминных препаратов.

4. Эффект препарата проявляется постепенно, становясь значимым на 7—8-е сутки, и продолжает развиваться в последующие недели терапии, что обуславливает необходимость длительного (месяцы и годы) применения Ф при АКР, если невозможна элиминация аллергена или эффективная специфическая иммунотерапия.

5. Ф обладает хорошей переносимостью: лишь у 3 пациентов (11%) были отмечены незначительные побочные явления в виде кратковременного раздражающего действия и сухости слизистой, что не явилось поводом для отмены препарата.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Отчет о международном консенсусе по диагностике и лечению ринита. Рос. ринолог., 1996, № 4, с. 26—41.
2. Bentley A. M. Immunohistology of the nasal mucosa in allergic rhinitis: increases in activated eosinophils and epithelial mast cells. J. Allergy Clin. Immunol., 1992, 89, 877-883.
3. Boner A. L. A double blind comparison of fluticasone propionate aqueous nasal spray (FPANS), 100 mkg given once daily, FPANS 200 mkg given once daily, and placebo aqueous nasal spray given once daily, in the treatment of seasonal allergic rhinitis in children aged 4—11 yrs. Allergy, 1992, 12, 173 (Abstract).
4. Boner A. L., Sette L. Rhinitis in children: efficacy and safety of anew intranasal corticosteroid. Eur. Respir. Rev., 1994, 4, 20, 271-273.
5. Eradding P., Feather I. H., Wilson S. Immunolocalization of cytokines in the nasal mucosa of normal and perennial rhinitis subjects. J. Immunol., 1993, 151, 3853-3865.
6. Bzaman S. S., Barrows A. A., DeCotiis B. A., Settupane G. A., Corrao W. M. Airway hyperresponsiveness in allergic rhinitis. A risk factor for asthma. Chest, 1987, 91, 671-674.
7. Brydon M. Look up more noses. // Paper presented at

- asthma plus rhinitis meeting. London, 1993.
8. Hording S. M. The Human pharmacology of fluticasone propionate. Respir. Med., 1990, 84, 25 - 59.
9. Juniper E. F., Guyatt G. H. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in rhinoconjunctivitis. Clin. exp. Allergy, 1991, 21, 77—83.
10. Meltzer E. O. Is the successful control of perennial rhinitis achievable? Eur. Respir. Rev., 1994, 4, 20, 266-270.
11. Mercer M. J., VarNic Kerk C. H. Clinical characteristic of childhood asthma. S. Afr. Med. J., 1991, 79, 77-79.
12. Okuda M. Allergic rhinitis. Asian med. J. Japan, 1988, 31, 2, 108-111.
13. Orgel H. A., Meltzer E. O., Bierman W. Intranasal flucocortin butyl in patients with perennial rhinitis: a 12-month efficacy and safety including nasal biopsy. J. Allergy Clin. Immunol., 1991, 88, 257-264.
14. Pedersen P. A., Weeke E. R. Allergic rhinitis in Danish general practice. Allergy, 1981, 36, 375-379.
15. Phillipps G. H. Structure-activity relationships of topically active steroids: the selection of fluticasone propionate. Respir. Med., 1990, 84, 19-23.
16. Pipkorn U., Proud D., Lichtenstein L. M., Kagey S. A., Norman P. S., Naclerio R. M. Inhibition of mediator release in allergic rhinitis by pretreatment with topical glucocorticosteroids. N. Engl. J. Med., 1987, 316, 1506-1510.
17. Prieto J. L., Gutierrez V., Berto J. M., Camps B. Sensitivity and maximal response to methacholine in perennial and seasonal allergic rhinitis. Clin. Exp. Allergy, 1996, 26, 61-67.
18. Proctor D. F., Adams G. K. Physiology and pharmacology of nasal function and mucus secretion. Pharmacol. Ther. Bull., 1976, 2, 493-509.
19. Settupane R. J., Hagy G. W., Settupane G. A. Development of new asthma and allergic rhinitis in 23-year follow-up of college students. J. Allergy Clin. Immunol., 1991, 87, 232.
20. Sibbald B., Rink E. Epidemiology of seasonal and perennial rhinitis. Clinical presentation and medical history. Thorax, 1991, 46, 859-901.
21. Sibbald B. Epidemiology of rhinitis // Management update in rhinitis & Nasal polyposis. A symposium report. Lisbon, Portugal, 1995, 6-11.
22. Svensson C., Andersson M., Parsson G. G. A., Venge P., Alker U. Albumin, bradykinins, and eosinophil cationic protein on the nasal mucosa surface in patients with hay fever during natural allergen exposure. Allergy Clin. Immunol., 1990, 85, 828-833.

Поступила 15.03.97.

**L. A. Goryachkina, B. A. Chernyak, N. M. Nenasheva, I. I. Vorzheva, A. S. Logvinenko, M. V. Beda, O. B. Mednikova. CLINICAL EFFICACY OF FLIXONASE IN TREATING PERENNIAL ALLERGIC RHINITIS** The paper reports data on the clinical trial of Flixonase (fluticasone propionate 0,05% aqueous nasal spray - FPANS) in treatment of 28 patients with severe and moderate symptoms of perennial allergic rhinitis. The patients received FPANS in a daily dose 200 ug during 8 weeks. Complete control of all rhinitis symptoms (nasal blockage, rhinorrhea, itching and sneezing) was obtained in 79% of the patients. In cases of severe allergic symptoms daily dose of 400 ug was effective. High topical anti-inflammatory activity of FPANS provided effective symptoms control by the end of the first week of treatment. Even in most severe cases monotherapy with FPANS was reliable and spared them the necessity of using antihistamines and decongestants. FPANS was well tolerated by the patients and in 3 (11%) cases only slight irritation of nasal mucosa was noticed, but in no case did it become a reason for reducing the dose or discontinuance of the treatment.

В. А. Гринева

## Клинико-микробиологические аспекты в диагностике и лечении сфеноидитов

Донецкое областное  
лечебно-клиническое

Заболевания околоносовых пазух чрезвычайно распространены и занимают второе место в структуре ЛОР-патологии (В. Т. Паль-чун и соавт., 1982). Удельный вес больных, госпитализированных по поводу заболеваний носа и околоносовых пазух, увеличивается ежегодно на 1,5 — 2% (С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов, 1991). В ряде случаев синуситы отличаются упорным течением и трудно поддаются консервативному лечению, часто рецидивируют после оперативных вмешательств. Нередко причиной такого течения является микотическая инфекция околоносовых пазух. Этим объясняется большой интерес некоторых авторов к данной проблеме (В. Я. Кунельская, 1994; Г. З. Пискунов и соавт., 1995). В последние два десятилетия значительно увеличилось число сообщений о микотическом поражении, однако эти сообщения в основном касаются поражения верхнечелюстной пазухи и решетчатого лабиринта (М. А. Shugar *et al.*, 1981; Г. Т. Ибрагимов и соавт., 1991). Грибковая инвазия клиновидной пазухи регистрируется преимущественно при развитии грозных внутричерепных либо орбитальных осложнений, таких как тромбоз кавернозного синуса и внутренней сонной артерии, менингит, энцефалит, синдром верхушки орбиты, паралич IV пары черепных нервов и т. д. (E. Van-Johnson *et al.*, 1988; D. P. Dooley *et al.*, 1992; M. R. McGinnis *et al.*, 1992).

Исучая роль грибковой флоры в развитии синусита, И. А. Дайхес (цит. по В. Я. Кунельской, 1989) установила, что у 66% больных в патогенезе заболевания имели значение массивная антибиотикотерапия и способ введения антибиотиков. Анализ результатов исследований того же автора свидетельствует о том, что у 88% больных микотическое поражение пазух возникало на фоне банального хронического воспаления, т. е. как вторичное инфицирование грибами. При этом патологический субстрат воспалительного процесса является хорошей питательной средой для грибов. Определенное значение имеют и анатомические условия, создающие благоприятные условия для роста грибковой флоры.

Клиническими исследованиями В. Я. Кунельской (1989) установлено значение аллергического фактора в патогенезе грибкового поражения пазух. При специальном аллергологическом обследовании у этих больных выявлено наличие микогенной аллергии. Важным патогенетическим звеном в развитии микоза являются врожденные или приобретенные иммунодефицитные состояния, применение иммунодепрессантов (E. J. Carrazana *et al.*, 1991).

Описаны случаи микоза околоносовых пазух на фоне хронических заболеваний органов дыхания, злокачественных новообразований, сахарного диабета (M. I. Lana-Reixoto *et al.*, 1992).

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 1993-1996 гг. в ЛОР-клинике Донецкого областного лечебно-клинического объединения наблюдались 432 пациента с подострыми и хроническими заболеваниями околоносовых пазух. У 98 больных (22, 7%) выявлен воспалительный процесс в пазухах клиновидной кости.

Диагностика сфеноидитов базировалась на анализе клинической симптоматики, использовании рентгено-томографических и морфофункциональных методов исследования. Одним из основных диагностических приемов являлся метод зондирования и дренирования клиновидной пазухи через естественное соустье. Нами было предложено специальное устройство, состоящее из гибкого проводника и катетера (заявка № В 4200591 от 18.02.94). Наличие дренажа-катетера в клиновидной пазухе дает возможность изучать клеточный состав, pH, микрофлору промывной жидкости в динамике, проводить контрастную сфенографию. Для контрастирования пазух использовали водорастворимые контрастные вещества, сгущенные сорбентом "Полисорб" до образования 5% суспензии.

Для выяснения роли грибковой инфекции в этиологии воспалительных заболеваний клиновидных пазух производилось микроскопическое и культуральное исследование промывной жидкости. Выполнялась микроскопия как нативных, так и окрашенных препаратов по Романовскому-Гимею. Для получения культуры гриба и его идентификации производили посев жидкого патологического материала на питательные среды Сабуро и Чапека.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании данных бактериологического и микологического исследований выделены три группы больных: в первую группу вошли больные с бактериальной инфекцией (25,5%), во вторую — пациенты с грибковым поражением (21,4%), в третью — с грибково-бактериальными ассоциациями (47%). В шести посевах (6,1%) рост микрофлоры отсутствовал (рис. 1).

В группе больных с бактериальным поражением клиновидной пазухи доминирующей по составу являлась кокковая флора (72,3%). Вместе с тем встречались кишечная палочка, протей и ассоциации других бактерий. При смешанных бактериально-ми-

Оригинальные статьи

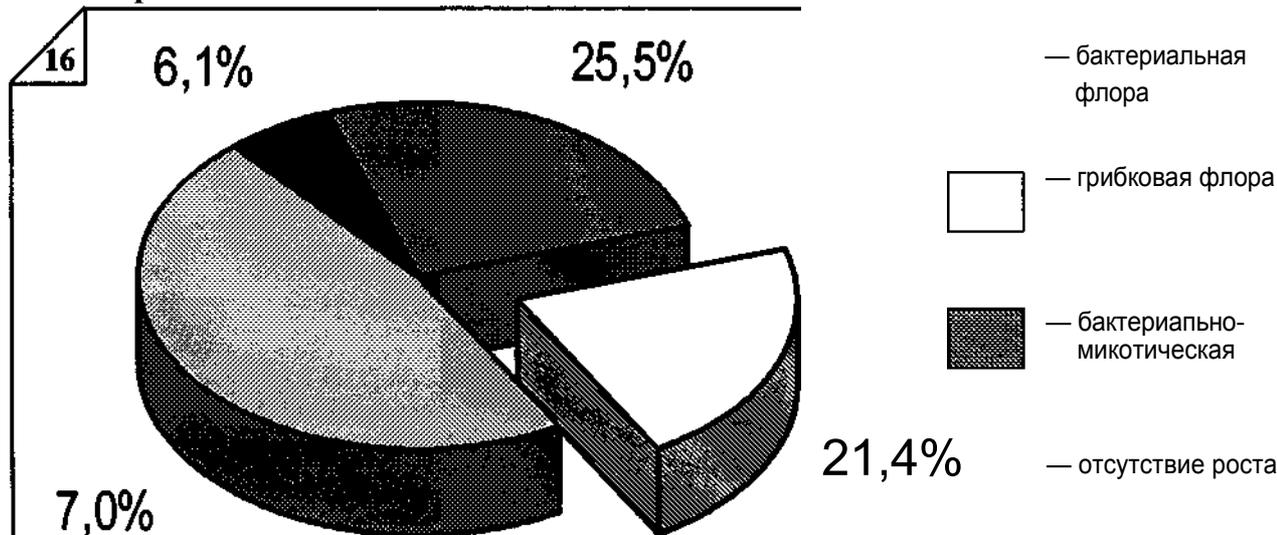


Рис 1. Разновидности микрофлоры, выявленной у больных сфеноидитами.

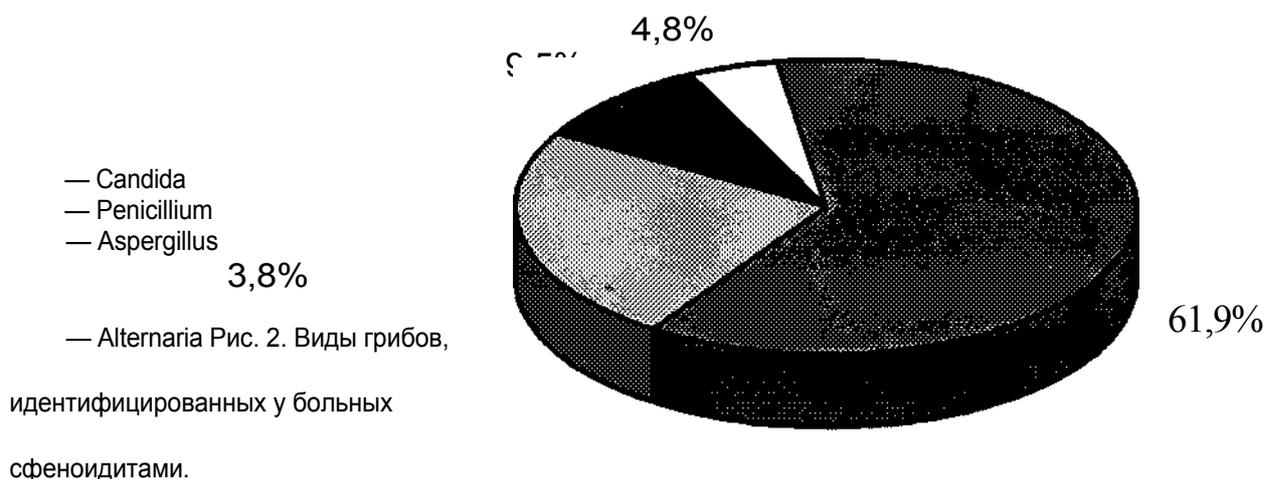


Рис. 2. Виды грибов, идентифицированных у больных сфеноидитами.

котических инфекциях в исследуемом материале доминировали кандидозно-стафилококковые (34%) и кандидозно-стрептококковые ассоциации (25%). Грибковое поражение клиновидных пазух было выявлено у 21 больного. Возраст пациентов в этой группе варьировал от 14 до 67 лет, женщин было 15, мужчин — 6. Длительность заболевания составила от 1 месяца до 15 лет. В результате видовой идентификации установлено, что в 66,7% случаев возбудителями микоза клиновидных пазух были грибы рода *Candida*, 23,8% — *Penicillium*. Наблюдались единичные случаи микоза, вызванные грибами рода *Alternaria* и *Aspergillus* (рис. 2).

Проведенные исследования показали, что в большинстве случаев микотическое поражение клиновидных пазух было сочетанным. У 41,1% обследованных в воспалительный процесс были вовлечены решетчатый лабиринт, у 35,3% пациентов — верхнечелюстная и у 17,6% — лобная пазухи. Изолирован-

ная форма грибкового сфеноидита выявлено у 4 больных. Все эти пациенты ранее безуспешно лечились различными антибактериальными и противовоспалительными препаратами. Данная группа обследованных представляла значительные трудности для диагностики и лечения.

У больных с микотическими поражениями клиновидной пазухи ведущими были жалобы на головные боли (71,4%), различной степени и интенсивности, носящие самый разнообразный и неопределенный характер. Пациентов нередко беспокоили длительная субфебрильная температура (61,9% обследованных), затруднение носового дыхания (57,1%), нарушение обоняния (42,8%), ощущение неприятного запаха (33,3%). Чаще всего головная боль локализовалась в ретроорбитальной (50%) и затылочной (35,7%) областях. Значительно реже больных беспокоила боль в теменной области (14,3%). 28,6% пациентов отмечали постоянное



Рис. 3. Рентгенограмма пазух клиновидной кости в боковой проекции. Контрастирование левой клиновидной пазухи через дренаж естественного соустья 60% раствором верографина с добавлением сорбента "Полисорб". Нормальный рельеф слизистой оболочки.

чувство тяжести, давления "во всей голове". По всей видимости, такое разнообразие болевого синдрома объясняется вовлечением в патологический процесс ветвей тройничного нерва либо рефлекторными и вазомоторными влияниями на него. Кроме того, в патогенезе неврологических изменений следует учитывать токсическое действие на ткани ферментов, продуцируемых грибами.

При объективном исследовании обнаружено наличие слизисто-гноя в верхнем носовом ходе и на задней стенке глотки у 85,7% больных. Гиперемия и отечность слизистой оболочки задних отделов полости носа наблюдалась у 38% обследованных, бледность и истонченность слизистой оболочки — у 43%, различной степени гиперплазия верхних носовых раковин — у 19%.

Контрастирование клиновидной пазухи осуществлялось через дренаж, введенный в естественное соустье. При этом нами выявлены характерные для неинвазивного микотического поражения изменения слизистой оболочки пазухи, которые соответствовали морфологическому состоянию слизистой оболочки носа. Так, у И больных (52,4%) с микотическими поражениями клиновидной пазухи выявлены признаки субатрофического процесса в полости носа. Рентгенологические находки при этом заключались в полном контрастировании пазухи, отсутствии дефектов наполнения (рис. 3). У большинства этих больных возбудителями заболевания были грибы рода *Candida*. Вероятно, трофические изменения являлись предрасполагающими для грибковой



Рис. 4. Контрастная сфенограмма в боковой проекции. Равномерное утолщение слизистой оболочки левой клиновидной пазухи.

инвазии синуса вследствие нарушения защитных механизмов слизистой оболочки.

Равномерное утолщение слизистой оболочки клиновидной пазухи было выявлено у 28,6% обследованных (рис. 4). При риноскопии наблюдались бледность и цианотичность слизистой оболочки, значительный отек носовых раковин и сошника. Вышеописанные изменения отмечались как при кандидозе, так и при инвазии грибов *Penicillium*. По-видимому, это связано с аллергизирующим воздействием на организм продуктов жизнедеятельности грибов. Неравномерные контуры контрастного пятна отмечены у 19% обследованных. Изменения со стороны слизистой оболочки носа заключались в ее гиперплазии в области задних концов верхней и средней носовых раковин. В этих случаях был идентифицирован возбудитель заболевания из рода плесневых грибов.

Лечение грибковых сфеноидитов являлось комплексным. Общая антимикотическая терапия проводилась с учетом чувствительности штаммов грибов к используемым препаратам, применялись десенсибилизирующие, иммуностимулирующие средства и витаминотерапия. Вместе с тем основная роль отводилась местному применению антимикотических препаратов. Так, 0,1% раствор пимафуцина вводился непосредственно в пазуху через катетер дважды в день. При сочетанном бактериально-микотическом поражении синуса использовали внутрисинусное введение пимафуцина и 0,5% раствора диоксида. Выбор пимафуцина и его концентрации обусловлен фунгицидной активностью этого препарата в отношении различных видов микробов, выделенных из околоносовых пазух, установленной *in vitro*. Эффективным оказалось сочетанное воздействие анти-

микотической и внутрипазушной лазеротерапии. Лазерная физиотерапия проводилась гелий-неоновым лазером (ГНЛ) с длиной волны 0,63 мкм и величиной энергетической экспозиции от 10 до 15 Дж/см<sup>2</sup> в зависимости от состояния слизистой оболочки синуса. Количество сеансов составляло от 3 до 7. При экспериментальных и клинических исследованиях нами получены предварительные данные, свидетельствующие о фунгицидном действии ГНЛ на патогенные штаммы рода *Candida*, *Penicillium* и усилении фунгицидного влияния пимафуцина на фоне низкоэнергетического лазерного излучения.

Клиническое выздоровление наблюдалось на 5—6-й день. При лабораторном контроле у 87,5% обследованных санация пазухи наступала на 7—9-й день. У 2 пациентов с тяжелой сопутствующей патологией (сахарный диабет, бронхиальная астма) при повторных исследованиях промывной жидкости сохранялась грибковая флора. Этим больным проводили повторный курс антимикотической и иммунокорректирующей терапии. Неэффективность консервативного лечения у 4,8% больных вызвала необходимость оперативного вмешательства.

### ВЫВОДЫ

1. По этиологическому фактору можно выделить три вида сфеноидита: бактериальный (25,5% наблюдений); грибковый (21,4%) и грибково-бактериальный (47%).

2. В 66,7% случаев микозы клиновидных пазух были обусловлены грибами рода *Candida*.

3. Комплексное использование микроскопии, культурального исследования промывной жидкости и рентгеноконтрастной сфенографии в большинстве случаев позволяет установить достоверный диагноз и назначить этиопатогенетическое лечение. Анализ жалоб и клинической картины при этом не позволяет выявить специфических признаков грибковой инвазии.

4. Характерными для кандидоза клиновидной пазухи явилась субатрофия, а для пенициллиназа — гиперплазия слизистой оболочки с аналогичными изменениями со стороны слизистой оболочки носа.

5. Сочетанное местное применение 0,1% раствора пимафуцина и лазеротерапии позволяет в 87,5% случаев добиться эффективной санации синуса.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Ибрагимов Г. Т., Шаматова Т. Ш., Расулова А. К.* Случай глубокого грибкового поражения верхнечелюстной пазухи и решетчатого лабиринта // *Вестн. оторинолар.* - 1991. - № 3. - С. 81-83.
2. *Кунельская В. Я.* Микозы в оториноларингологии. — М., 1989.
3. *Кунельская В. Я.* Клиника и терапия грибковых забо-

леваний полости носа // *Рос. ринол.* — 1994. — № 2. - С. 62-63.

4. *Пальчун В. Т., Устьянов Ю. А., Дмитриев Н. С.* Параназальные синуситы. — М., 1982.
5. *Пискунов Г. З., Кожженкова Т. И., Лопатин А. С.* Эндоскопическая хирургия грибковых синуситов // *Рос. ринол.* - 1995. - № 2. - С. 41.
6. *Пискунов Г. З., Пискунов Г. З.* Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии. — М., 1991.
7. *Carrazana E. J., Rossitch E. Jr., Morris J.* Isolated central nervous system aspergillosis in the acquired immunodeficiency syndrome // *Clin. Neurol. Neurosurg.* - 1991. - Vol. 93, N 3. - P. 227-230.
8. *Dooley D. P., Hollsten D. A., Grimes S. R., Moss J. Jr.* Indolent orbital apex syndrome caused by occult mucormycosis // *J. Clin. Neuroophthalmol.* — 1992. — Vol. 12, N 4. - P. 245-249.
9. *Johnson C. D., Brandes W.* Invasive aspergillosis of the sphenoidal sinuses in an immunocompetent host // *J. Amer. Osteopathol. Ass.* - 1992. - Vol. 92, N 8. - P. 1047-1051.
10. *Lana-Peixoto M. I., Lana-Peixoto M. A.* Aspergilose invasiva do seio esfenoidal e paralisia do sexto nervo // *Arg. Neuropsiquiatr.* - 1992. - Vol. 50, N 1. - P. 110-115.
11. *McGinnis M. R., Campbell G., Gourley W. K., Lucia H. L.* Phaeohiphomycosis caused by *Bipolaris spicifera*: an informative case. // *Eur. J. Epidemiol.* — 1992. — Vol. 8, N 3. - P. 383-386.
12. *Sugar M., Montgomery W., Hyslop N.* *Alternaria* sinusitis // *Ann. Otol. (St. Louis).* - 1981. - Vol. 90. - P. 251-254.
13. *Van-Jotmsom E., Kline L. B., Julian B. A., Garcia J. H.* Bilateral cavernous sinus thrombosis due to mucormycosis // *Arch. Ophthalmol.* - 1988. - Vol. 106, N 8. - P. 1089-1092.

Поступила 06.02.97

### V. A. Grineva. CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL ASPECTS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SPHENOIDAL SINUSITIS

Clinical study which included indwelling catheterization of sphenoidal sinus via its natural ostium and cytologic and bacteriologic examination of the sinus content as well as contrast enhanced X-rays demonstrated inflammation in sphenoidal sinus in 22.7% of patients with chronic and recurrent sinusitis. Among the patients with sphenoidal sinusitis bacterial infection was revealed in 25.5% of the cases, fungal and bacterial-fungal associations - in 21.4% and 47% respectively. *Candida* species were isolated in 66.7% of the cases of fungal and bacterial-fungal sphenoidal sinusitis. The study demonstrates correlation between isolation of *Candida* species and atrophic degeneration of sphenoidal and nasal mucosa on the one hand and between isolation of *Penicillium* species and hyperplasia of the mucosa on the other. Systemic antifungal treatment as well as local administration of Pimafucin and local laser therapy provided effective management of sphenoidal sinusitis.

Н. К. Санжаровская

**Остеомы  
околоносовых пазух**

Костные опухоли — остеомы нередко могут локализоваться в околоносовых пазухах. Они относятся к доброкачественным опухолям, но при неукротимом росте могут распространяться в полость черепа и вызывать опасные для жизни осложнения. Остеомы чаще встречаются у мужчин, исходной локализацией нередко являются лобные пазухи и решетчатый лабиринт. Реже остеомы могут локализоваться в верхнечелюстной пазухе, в пазухе клиновидной кости или в полости носа. По данным Z. Manollidis и соавт. (1970), локализация остеом в лобных пазухах наблюдается в 51% случаев, в решетчатом лабиринте — в 22%, в верхнечелюстной пазухе — в 3,1%, в пазухе клиновидной кости — в 1,7%, в полости носа — в 0,9%.

По гистологической структуре остеомы бывают компактными, губчатыми и смешанными (Д. И. Головин и И. В. Двораковская, 1972). Остеомы отличаются медленным ростом и могут располагаться на тонкой ножке или на широком основании. Этиология их мало изучена. Наиболее обоснованной является теория развития из зародышевой ткани. Травмы околоносовых пазух могут предшествовать развитию этих костных опухолей. Описаны "мертвые" остеомы, при которых в результате вторичного воспаления наступает омертвление ножки (И. С. Рябов, И. П. Лесников, 1973).

Некоторые авторы наблюдали множественные остеомы. Так Б. Е. Гольдберг (1980), Н. В. Мишенькин и соавт. (1990), Н. К. Санжаровская и соавт. (1991) описали случаи множественных остеом, состоящих из нескольких костных фрагментов, локализующихся в лобной пазухе и решетчатом лабиринте. Описаны остеомы гигантских размеров, занимающие решетчатый лабиринт и лобную пазуху (М. В. Соколюк и соавт. 1971; Г. Е. Пятаев, 1972; Л. Е. Пономарев и соавт. 1984). Многие авторы, описывая свои наблюдения больных с остеомами околоносовых пазух, отметили самые разнообразные осложнения, к которым они могут приводить. Так, В. В. Вальтер (1968) и Н. С. Благовещенская (1969, 1970, 1994) наблюдали прорастание остеомы в полость черепа, Н. Е. Дерин (1967) и В. И. Смоликова (1970) — врастание остеомы в орбиту. М. Х. Тимиргалеев (1975) наблюдал больных с выраженной цефалгией, И. А. Яшан, Р. В. Ивашкевич (1972) — со спонтанной ликвореей. В. П. Казаковцев и соавт. (1989), а также Н. С. Благовещенская и соавт. (1987) — больных с риногенным абсцессом лобной доли мозга и ретробульбарным абсцессом, Н. М. Смирнов (1982) — с менингитом, Н. Н. Зайцев (1990) — с мукоцеле лобной пазухи, С. В. Сергеев и соавт. (1994) — с внутриорбитальными осложнениями и др.

Остеомы околоносовых пазух необходимо дифференцировать с аномалиями развития: утолщением кости, гребнями и экзостозами. Диагностировать остеомы на ранних стадиях трудно, основным методом диагностики является рентгенологический. В последние годы с этой целью широко применяется компьютерная томография (Ю. М. Овчинников и соавт. (1994). Иногда остеомы протекают без выраженной клинической симптоматики. Так, Д. Ш. Алексеров (1973)

Кафедра оториноларингологии  
Волгоградской медицинской  
академии

произвел 12000 рентгенограмм черепа и околоносовых пазух и у 23 больных обнаружил остеомы лобных пазух, хотя больные никаких жалоб не предъявляли.

За 30-летний период работы оториноларингологом под моим наблюдением были 62 больных с остеомами околоносовых пазух. Мужчин было 54, женщин — 8. Возраст — от 15 до 68 лет. По первичной локализации больные распределялись следующим образом: поражение лобных пазух отмечено у 34 больных, решетчатого лабиринта — у 14 (23%), в верхнечелюстной пазухе остеомы локализовались у 3 (5%) больных. У 11 (18%) больных остеомы занимала несколько околоносовых пазух: у 6 (10%) — решетчатый лабиринт и лобную пазуху, у 3 (5%) — решетчатый лабиринт, лобную, верхнечелюстную и клиновидную пазухи и полость носа, еще у 2 (3%) остеомы локализовались в полости носа (см. табл.).

Почти все больные жаловались на головные боли, которые носили локальный характер. Причиной головных болей, по-видимому, было давление остеомы на слизистую оболочку, в которой располагаются нервные окончания. У некоторых больных (7 человек) головные боли возникали в связи с давлением остеомы на твердую мозговую оболочку при разрушении задней стенки лобной пазухи, что подтверждалось во время оперативного вмешательства.

Когда рост опухоли выходил за пределы околоносовой пазухи, у больных нередко отмечалась деформация лицевого скелета. Если опухоль распространялась в полость носа, больные жаловались на нарушение носового дыхания или его отсутствие, на нарушение обоняния.

Несмотря на то, что остеомы относятся к доброкачественным опухолям, при своем порой неукротимом росте они вызывают деструктивные изменения в окружающих костных стенках околоносовых пазух. Это приводит к деформации лицевого скелета, смещению глазного яблока и даже к появлению симптомов, свидетельствующих о сдавлении головного мозга в результате врастания остеомы в полость черепа. У больных с локализацией остеомы в области решетчатого лабиринта был выражен экзофтальм, отклонение глазного яблока кнаружи, у некоторых больных нарушалось зрение, имелось расширение переносицы.

Иногда остеомы могут развиваться в течение многих лет, не причиняя никаких страданий человеку. Мною наблюдался больной, у которого рентгенологически прослеживался рост остеомы лобной пазухи в течение 33 лет.

Военнослужащий в отставке 52 лет явился на прием в 1990 году и представил 16 рентгеновских снимков, на которых отмечался постепенный рост остеомы в правой лобной пазухе. Еще во время обучения в летном училище в 1957 году у него была обнаружена остеомы небольших размеров: исходящая из передней стенки правой лобной пазухи. Никаких жалоб не предъявлял, продолжал учиться, а затем работать. Ежегодно во время комиссий производились рентгенограммы околоносовых пазух. На этих рентгенограммах отмечался медленный рост остеомы. Только в 1990 году,

Возраст	Локализация остеом						
	Лобная пазуха	Решетчатый лабиринт	Верхнечелюстная пазуха	Решетчатый лабиринт и лобная пазуха	Решетчатый лабиринт, лобная, верхнечелюстная пазуха, клиновидная кость, полость носа	Полость носа	Всего
15-20 лет	3	1	1	—	—	1	6
21-30 лет	7	4	—	2	—	1	14
31-40 лет	11	3	1	1	—	—	16
41-50 лет	8	5	1	1	2	—	17
от 51 года и старше	5	1	—	2	1	—	9
Итого	34	14	3	6	3	2	62

спустя 33 года после установления диагноза остеомы, появились головные боли, локализующиеся в правой лобной области. При очередной рентгенографии, выполненной в двух проекциях, установлено, что остеомы занимают всю лобную пазуху и соприкасаются с ее задней стенкой. Больному предложено оперативное лечение, на которое он согласился. В ходе операции выяснилось, что остеомы доходила до задней стенки лобной пазухи и разрушала ее на участке до 10 мм<sup>2</sup>. После удаления опухоли головные боли сразу исчезли.

В своей практике мы наблюдали 3 случая множественных гигантских "мертвых" остеом, которые занимали несколько околоносовых пазух. Приводим краткую выписку из одной истории болезни.

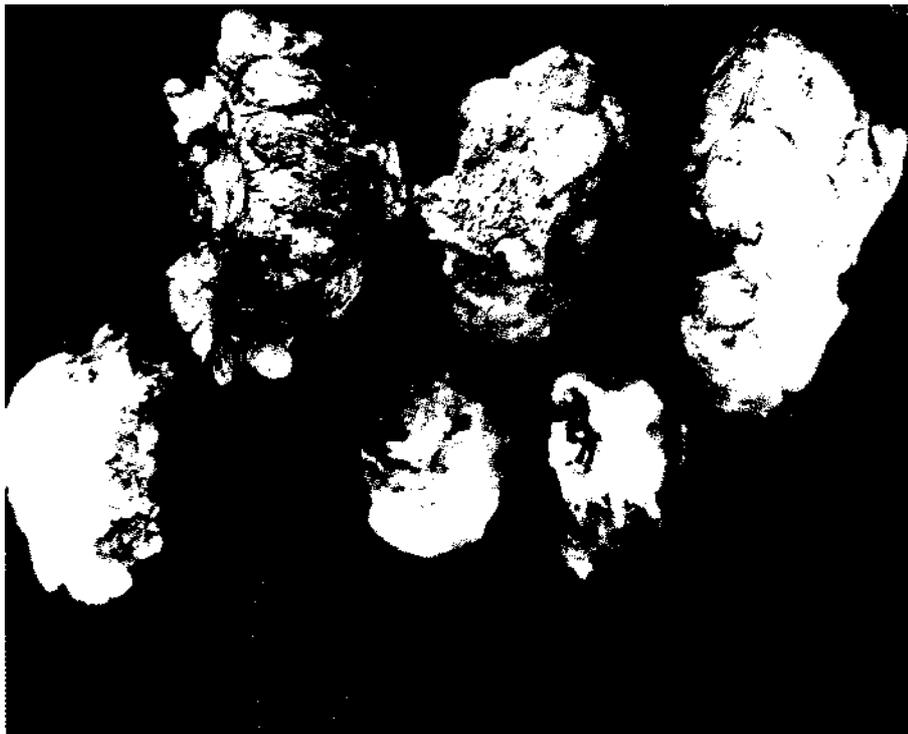
Больной Г., 55 лет, поступил на лечение в ЛОР-отделение городской больницы в urgentном порядке с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 39°, тошноту и рвоту. Около 30 лет назад он получил травму области лба, упав с лестницы. После этого стал замечать асимметрию лица, выпячивание в области правой лобной пазухи. При поступлении отмечался отек и опущение правого верхнего века, экзофтальм, хемоз, диплопия, смещение глазного яблока вниз и кнаружи, ограничение его в подвижности. Кожные покровы лица гиперемированы, имеется выпячивание в области надбровной дуги, сглаженность контуров переносицы. По результатам рентгенографии околоносовых пазух в двух проекциях поставлен диагноз остеомы решетчатого лабиринта и лобной пазухи, осложненной острым гнойным фронтитом, гнойным этмоидитом и ретробульбарным абсцессом. В urgentном порядке произведена операция под эндотрахеальным наркозом. Удалена гигантских размеров остеомы весом в 85 граммов, которая занимала несколько околоносовых пазух (обе лобные, решетчатый лабиринт, полость носа, верхнечелюстную и клиновидную), перегородка носа была разрушена. Остеома была "мертвой" и состояла из 6 фрагментов (см. рисунок), некоторые из которых были некротизиро-

ваны. Вокруг этого костного конгломерата имелся жидкий зловонный гной. Гнойный процесс распространился на окологлазничную клетчатку и вызвал ретробульбарный абсцесс, который был дренирован по ходу операции. Задняя стенка лобных пазух с обеих сторон была разрушена, остеомы отдавливала лобные доли мозга вовнутрь, но целостность твердой мозговой оболочки не была нарушена. Следует отметить, что удаление костных фрагментов "мертвой" остеомы у данного больного не представляла никакого труда, они как бы лежали "друг на друге" и свободно извлекались из операционной полости. Кровотечение во время операции было незначительным. Наложено широкое соустье с полостью носа, на 2 недели введены 2 дренажные трубки. Послеоперационный период протекал без осложнений. При осмотре через год состояние больного удовлетворительное, косметический результат хороший. Больной работает на прежнем месте — водителем автобуса.

Единственным методом лечения остеом околоносовых пазух является хирургический, как правило опухоли удаляют наружным подходом. Показаниями к удалению опухоли мы считаем следующие клинические проявления: наличие постоянных или периодических головных болей, говорящих о деструкции костных стенок, гнойные осложнения (фронтит, этмоидит, гайморит), внутричерепные осложнения или подозрение на них, деформация лицевого скелета. Все наблюдаемые нами больные были оперированы, у большинства прослежены отдаленные результаты. Состояние больных удовлетворительное, косметический результат хороший. Все оперированные трудоспособны, рецидива опухоли в околоносовых пазухах не выявлено ни у одного из больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Д. Ш. Рентгенологическое наблюдение над остеомы лобных пазух // Труды НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии М-ва здравоохранения АзССР, 1972. - т. 9, С. 192-197.



Множественная "мертвая" остеома у больного Г. (шесть фрагментов).

2. Благовещенская Н. С. Остеомы лобных пазух, врастающие в полость черепа // *Вопр. нейрохир.* — 1969. — вып. 3., С. 48-51.
3. Благовещенская Н. С. Внутричерепные осложнения и пневмоцефалия при остеомах лобных пазух, врастающих в полость черепа // *Вестн. оторинолар.* — 1970. — № 4. — С. 29-36.
4. Благовещенская Н. С., Мухамеджанов Н. З. Абсцесс лобной доли мозга у больного с остеомой лобной пазухи // *Журн. ушн., нос. и горл. бол.* - 1987. - № 1. - С. 59-61.
5. Благовещенская Н. С. Диагностика, осложнения и особенности лечения гигантских остеом лобных пазух с распространением в полость черепа // *Рос. ринол.* — 1994. — Приложение 2. - С. 98-99.
6. Вальтер В. В. Остеома лобных пазух, прорастающая в переднюю черепную ямку и левую глазницу // *Здравоохран. Белоруссии.* - 1968. - № 11. - С. 88.
7. Головин Д. И., Двораковская И. В. Опухоли носа и придаточных пазух (вопросы гистологии и гистогенеза). Л., — 1972. - 90с.
8. Гольдберг Б. Е. К казуистике множественных остеом лобной пазухи // *Вестн. оторинолар.* — 1972. — № 4. — С. 104—106.
9. Дерин Н. Е. Случай остеомы решетчатого лабиринта, проросшей в орбиту // *Офтальмологический журнал.* — 1967. — № 6. - С. 461-462.
10. Зайцев Н. Н. Сочетание компактной остеомы решетчатого лабиринта с мукоцеле лобной пазухи // *Журн. ушн., нос. и горл. бол.* - 1990. - № 3. - С. 78.
11. Мишенькин Н. В., Мишенькин В. Е. Ультразвуковая хирургия при множественных остеомах околоносовых пазух // *Вестн. оторинолар.* - 1990. - № 1. - С. 74-76.
12. Овчинников Ю. М., Добротин В. Е., Цукерберг Л. И., Филимонов Г. П., Федоренко В. Д. Роль компьютерной томографии в диагностике остеом клиновидных пазух с внутричерепным распространением // *Там же.* — 1994. — № 3. — С. 11-14.
13. Казаковцев В. П., Мишенькин В. Е., Железный В. А. Гигантская остеома лобных пазух и пазух решетчатой кости с интракраниальным распространением, осложненная риногенным абсцессом правой лобной доли головного мозга и левой орбиты // *Журн. ушн., нос. и горл. бол.* — 1989. — № 6. - С. 59-60.
14. Пономарев Л. Е., Томников А. М. Гигантская остеома лобных пазух и решетчатого лабиринта, проникающая в полость черепа // *Вестн. оторинолар.* - 1984. - № 6. - С. 87-88.
15. Пятаев Г. Е. Большая остеома решетчатого лабиринта // *Здравоохран. Казахстана.* - 1972. - М» 10. - С.72-73.
16. Рябов И. С., Лесников И. П. Мертвые остеомы гайморовой пазухи в сочетании с полипозом носа и придаточных пазух // *Здравоохран. Казахстана.* - 1973. - М» 2. - С. 83.
17. Санжаровская Н. К., Сквирский В. В., Санжаровский О. Г. Гигантская остеома обеих лобных пазух, пазухи решетчатой кости и верхнечелюстной пазухи справа // *Журн. ушн., нос. и горл. бол.* - 1991. - № 5. - С. 81-82.
18. Сергеев С. В., Козлов А. М. Тактика лечения остеом околоносовых пазух // *Рос. ринол.* — 1994. (приложение 2), С. 93-94.
19. Смирнов Н. М. Остеома лобных пазух и пазух решетчатой кости с интеркраниальным распространением, осложненная риногенным менингитом // *Вести, оторинолар.* — 1982. — № 6. - С. 69-70.
20. Смоликова В. И. Обширная остеома придаточных пазух носа и правой орбиты у мальчика 14 лет // *Там же.* — 1970. - № 4. - С. 99-101.
21. Соколюк М. В., Карплюк Н. И., Гуленко Н. К. Гигантская остеома лобных пазух // *Журн. ушн., нос. и горл. бол.* — 1971. - № 5. - С. 112-113.
22. Тимиргалеев М. Х. О цефалгии при остеомах придаточных пазух носа // *Труды МОНИКИ,* 1975. - т. 5. - С. 96-98.
23. Яиан И. А., Иваишкевич Р. В. Спонтанная ликворея я пневмоцефалия у больного с остеомой решетчатого лабиринта // *Вестн. оторинолар.* - 1972. - № 1. - С. 92-93.
24. Manclidis L. Danulidis J. Komplikation bei nasenbenhohlen osteomen // *Z. Laryngol. Rinol.* - 1970. Bd. 49, N 12. - S. 833-836.

Поступила 6.02.97

#### N. K. Sanzharovskaya. OSTEOMA OF PARANASAL SINUSES

The author presents a series of 62 cases of paranasal sinuses osteoma. There were 54 male and 8 female patients aged 15-68. The tumor affected frontal sinus in 34 (54%) patients, ethmoidal and maxillary sinuses - in 14 (23%) and 3 (5%) patients respectively. In 11 (18%) cases osteoma occupied several sinuses: in 6 (10%) - ethmoidal and frontal, in 3 (5%) - all sinuses and nasal cavity on one side, in 2 (3%) - nasal cavity only. Clinical presentations, diagnosis and surgical technique are described. Two unique cases are presented by observation of osteoma growth during 33 years and multiple giant "dead" osteoma which occupied several sinuses.

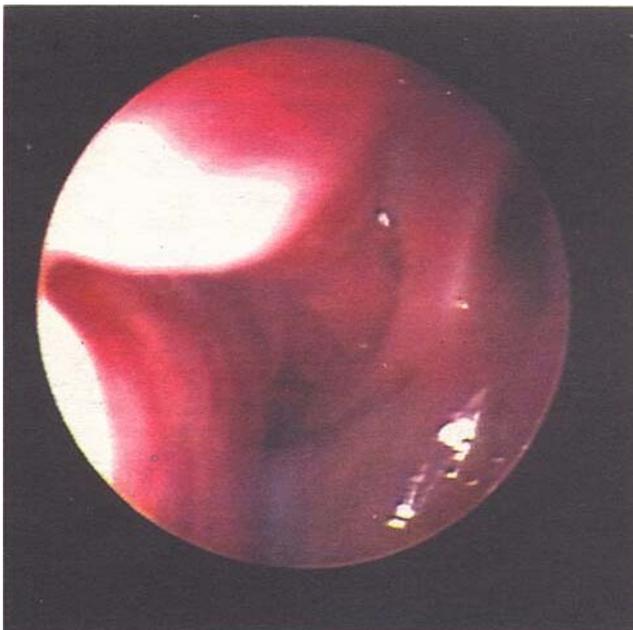
## К вопросу о патогенезе и морфогенезе антрохоанальных полипов

Курский  
государственный  
медицинский университет

внедрением в практику эндоскопических методов диагностики и хирургического лечения значительно возрос интерес к изучению хоанальных полипов (С. З. Пискунов, 1995; А. С. Лопатин и соавт., 1997; Н. Stammberger, 1991; Z. Scampette et al., 1995). Однако неупомянутых работах не проводится анализа ряда особенностей, отличающих антрохоанальные полипы (АХП) от полипоза при гнойных, и аллергических заболеваниях верхнечелюстной пазухи (ВП).

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 72 больных с АХП в возрасте от 10 до 58 лет с длительностью заболевания от 9 мес. до 12 лет. Десяти из них ранее производилось удаление полипов, троим была выполнена операция на ВП по Колдуэллу-Люку, четверо ранее были оперированы по поводу искривления перегородки носа. У 4 больных отмечались аллергические реакции на антибиотики; у 4 — обструктивный бронхит или предастма. Всем больным перед операцией проводилась компьютерная томография (КТ) в аксиальной проекции, которая, по нашему мнению, в данной клинической ситуации является более информативной по сравнению с исследованием в коронарной проекции. На некоторых срезах удается получить изображение всего полипа от места его прикрепления до хоаны, определяются размеры фонтанелл, расположение перегородки носа и ее соотношение с носовыми раковинами и медиальными стенками.



Для исследования секреторного JgA забирался секрет из обеих половин полости носа и пораженной ВП. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, у которых исследовался секреторный JgA в отделяемом полости носа. Проводилось бактериологическое и вирусологическое исследование (иммунофлуоресцентным методом) секрета полости носа и ВП. Транспортная функция мерцательного эпителия ВП исследовалась с помощью полимерного раствора метиленового синего, который наносился пуговчатым зондом на различные участки поверхности слизистой оболочки медиальной, задней и верхней стенок ВП, во время ее эндоскопического исследования через лицевую стенку. Удаленные во время операции полипы, слизистая оболочка ВП из области прикрепления ножки полипа или кисты фиксировались в 10% нейтральном формалине и подвергались гистологическому исследованию. Срезы толщиной 7—10 мкм окрашивались гематоксилином-эозином.

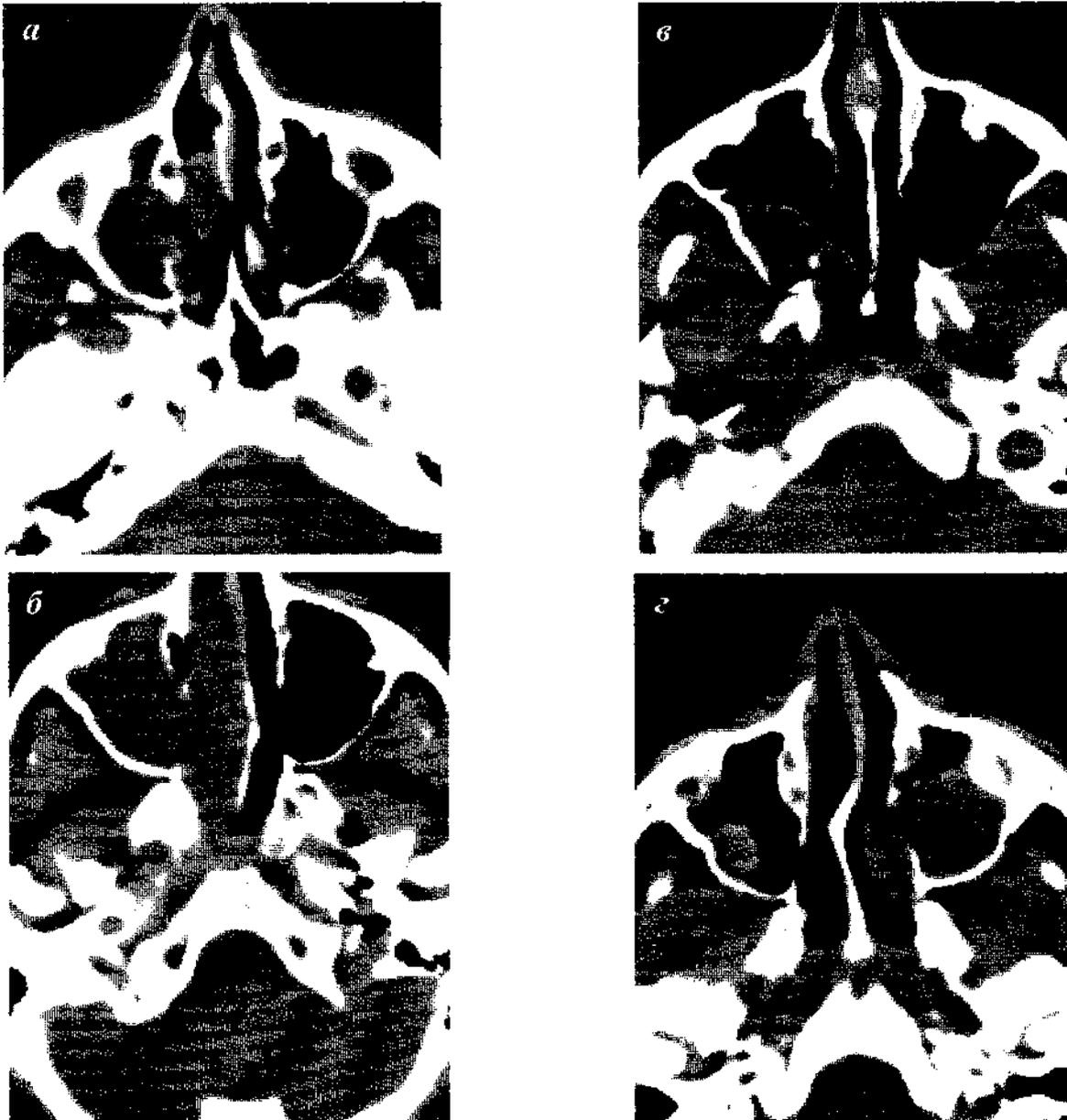
### МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Всем больным операция удаления АХП выполнялась с использованием эндоскопов фирмы "Karl Storz" (угол зрения 0°, 30°, 70°) с видеозаписью исходной эндоскопической картины и основных моментов хирургического вмешательства. Сначала удалялся хоанальный полип. Использование эндоскопов позволяет хорошо осмотреть ножку полипа и соустье в задней фонтанеле, размеры которого почти всегда больше, чем диаметр ножки полипа (рис. 1). Для обеспечения доступа к ножке полипа мы никогда не резецировали крючковидный отросток, так как считаем, что он выполняет важную роль и обеспечивает нормальную аэродинамику воздушного потока в полости носа. Мы считаем, что резекция крючковидного отростка оправдана только при поражении передних пазух решетчатой кости.

При крупных АХП мы предпочитаем пользоваться хоанальным крючком, которым захватывается и обрывается ножка полипа. При небольших полипах используем прямые носовые щипцы Блексли. Остатки ножки полипа и кисту из ВП мы не удаляем через соустье. Опыт показал, что на эту часть операции уходит много времени, но что самое главное, не обеспечивается достаточно полное их удаление, особенно если киста локализуется на дне пазухи или ее передней стенке. Расширять для увеличения обзора и без того большое соустье в задней фонтанелле кпереди не следует по причинам, которые будут изложены ниже.

Удаление ножки полипа и кисты из ВП производим после ее пункции через лицевую стенку тро-

Рис. 1. Эндоскопическая картина среднего носового хода у больного М., 27 лет. Ножка полипа заполняет 1/4 часть соустья ВП.



акаром с насаженной на него ушной воронкой № 4, у которой конец срезан под углом 10°. После удаления троакара через ушную воронку производится осмотр стенок пазухи, соустья, удаление кисты и остатков ножки полипа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

При томографическом исследовании у всех больных выявлялись значительных размеров задние фонтанеллы, причем размеры их у большинства больных на больной и здоровой стороне были примерно равны (рис. 2, а, б, в, г). При эндоскопическом исследовании полости носа на здоровой стороне соустье в задней фонтанелле или отсутствовало или было значительно меньше, чем на стороне поражения. Обращали на себя внимание анатомические особенности строения полости носа и носоглотки, влияю-

Рис. 2. Компьютерные томограммы околоносовых пазух в аксиальной проекции у больных с АХП (а—г). Определяются задние фонтанеллы с обеих сторон.

щие на аэродинамику выдыхаемого воздушного потока. У части больных выявлялись деформации перегородки носа в виде гребней и шипов, располагающихся впереди выводного отверстия верхнечелюстной пазухи или в нижних отделах перегородки носа. Отмечались характерные варианты строения и расположения средней носовой раковины, заключающиеся в том, что передний конец закрывал вход в средний носовой ход, а задний конец был развернут в сторону носоглотки, образуя широкую нишу, в которую направлялась основная масса выдыхаемо-

го воздушного потока. Свод носоглотки был низким за счет развитой лимфоаденоидной ткани или индивидуальных особенностей анатомического строения.

Проведенные иммунологические исследования установили снижение содержания секреторного IgA. Его концентрация в слизи из пораженной пазухи составила 0,1 — 0,2 мг/л, в отделяемом из пораженной половины носа — 0,2 — 0,5 мг/л, на противоположной стороне — 0,5 — 2,3 мг/л. В контрольной группе уровень IgA в отделяемом полости носа колебался от 3,4 до 5,6 мг/л. Следовательно, при АХП показатели секреторного IgA и антимикробная резистентность слизистой оболочки носа и ВП значительно снижены.

При бактериологическом исследовании секрета полости носа и ВП выявлялась различная микрофлора, в большинстве случаев эпидермальный, сапрофитирующий и золотистый стафилококки, относящиеся к числу условно патогенных микроорганизмов. Как правило, микрофлора, выявляемая в полости носа и пораженной пазухе, различалась. Гнойное воспаление в ВП при АХП было обнаружено только у 4 больных, у 2 из них — в сочетании с полипозно-гнойным процессом в передних решетчатых клетках. Гнойный процесс в ВП мы рассматриваем как вторичный, развившийся после того, как сформировался АХП. Двое из этих больных поступили в клинику с диагнозом "острый гнойный гайморит после перенесенной вирусной инфекции". Выявляемая на поверхности слизистых оболочек микрофлора, по нашему мнению, характеризовала бактериологический состав вдыхаемого воздуха. У наблюдаемых больных условно-патогенные стафилококки и другая микрофлора не вызывали выраженного воспаления слизистой оболочки, что, возможно, объясняется сохранением активности мукоцилиарной транспортной системы, позволяющей удалять микробы с поверхности слизистой оболочки.

При вирусологическом исследовании у 48 больных выявлены противовирусные антигены. Наиболее часто определялся респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус), затем — вирус парагриппа, аденовирус и вирус гриппа. У 10 больных выявлена смешанная вирусная инфекция. У 42 больных вирусные антигены, выявленные в отделяемом полости носа и ВП, совпадали.

При выполнении эндоскопических операций нами отмечены следующие характерные особенности: отличающие АХП от полипов, образующихся при банальных воспалительных и аллергических поражениях слизистой оболочки: отсутствие гнойного содержимого в просвете пазухи, одиночность полипа, направление его роста в сторону хоаны через соустье в задней фонтанелле, наличие в ВП одной или нескольких кист, одна из которых является исходным местом роста полипа, и большого выводного отверстия, частично заполненного ножкой полипа. Только в одном случае ножка полипа не была связана с кистой ВП и прикреплялась к заднему краю соустья со стороны полости носа, киста же располагалась на нижней стенке ВП. При осмотре ВП после ее пункции через лицевую стенку удается детально изучить соотношения между соустьем, ножкой полипа и кистой, из которой растет АХП. Нам удавалось

видеть различные стадии формирования полипа из кисты: узкую дорожку колбасовидной формы, протянувшейся от кисты к соустью (рис. 3), полностью сформировавшуюся ножку, от конца которой в полость носа через край соустья свешивается маленький, только начинающий оформляться полип (рис. 4). Примечательно, что источник роста полипа захватывает локальный участок слизистой оболочки, чаще всего на нижней или медиальной стенке пазухи (рис. 2, в, з). При эндоскопическом исследовании удается видеть, как содержимое кисты перемещается при дыхании: при вдохе вследствие присасывающего эффекта оно смещается в сторону соустья, при выдохе воздух устремляется через большое соустье в пазуху и оказывает давление на содержимое кисты в обратном направлении.

У 10 больных с АХП выявлены кисты и в противоположной ВП (рис. 2, г), которые были удалены одновременно с удалением АХП. В 2 случаях отмечено формирование на стенке кисты полипозного тяжа, направляющегося к соустью в задней фонтанелле.

Гистологическое исследование слизистой оболочки ВП выявляло выраженную мукоидную дегенерацию подслизистого слоя с формированием на ранних стадиях многочисленных полостей в виде микроскопических ячеек. При большой длительности заболевания полости сливались друг с другом и образовывали крупные, видимые невооруженным глазом полости без какой-либо эпителиальной выстилки (рис. 5, а, б). Настоящая киста, выстланная эпителием и образовавшаяся вследствие ретенции слизистых желез, имелась только в одном случае. Следовательно, так называемые интрамуральные кисты ВП на деле, как правило, представляют собой ложные кисты (псевдокисты), которые возникают в процессе мукоидной дегенерации подслизистого слоя. Сходные дегенеративные изменения имеются в ножке и теле полипа. Важной особенностью псевдокист является отсутствие внутреннего диапедеза нейтрофильных гранулоцитов, чем, возможно, и объясняется редкость нагноительных процессов при АХП.

Формирующиеся АХП всегда имеют признаки хронического воспаления в ножке и прилежающем участке слизистой оболочки ВП (исходная зона возникновения полипа). Воспалительный инфильтрат представлен лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами и фибробластами в различных соотношениях. При наличии клинической картины обострения риносинусита или ОРВИ в составе инфильтрата имелись нейтрофильные гранулоциты. В таких случаях в мелких сосудах были видны свежие тромбы (рис. 6). При наличии сопутствующих аллергических заболеваний (атоническая бронхиальная астма, лекарственная аллергия и т. д.) в составе инфильтратов преобладали эозинофилы. Сформировавшиеся крупные АХП всегда отличаются наличием участков в молодой грануляционной ткани и фиброза, покрывающий эпителий часто не имеет ресничек; при большом "возрасте" полипа (не менее 2 лет) в мелких артериях часто выявляются очаги гиалиноза. Базальная мембрана покровного эпителия выглядит резко утолщенной, обнаруживаются участки плоскоклеточной метаплазии эпителия. Воспалительные лимфоидноклеточные инфильтраты

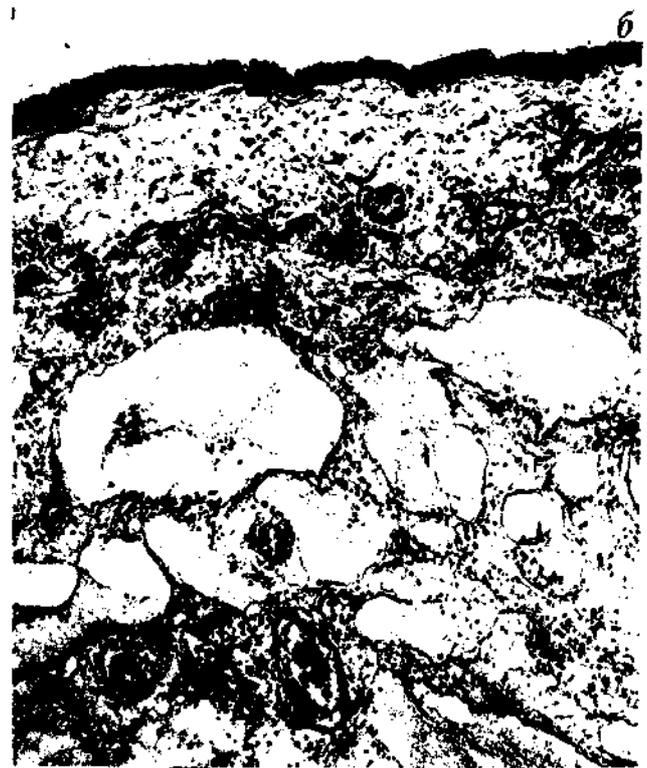


Рис. 3. Эндоскопия ВП больной К., 18 лет. Полипозный тяж, идущий от кисты к соустью в задней фонтанелле.



Рис. 4. Эндоскопия ВП больного Н., 23 года. Полип, происходящий из кисты задне-нижней стенке ВП, выходит через соустье в средний носовой ход. На верхней стенке — вторая киста.

Рис. 5. Мукоидная дегенерация собственного слоя слизистой оболочки ВП с образованием ячеек (а) и более крупных псевдокист (б). Окраска гематоксилином-эозином. а —ув. 200, б —ув. 120.





### Оригинальные статьи

Рис. 6. Пристеночный тромб в мелкой вене слизистой оболочки ВП. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. 120.

иногда принимают вид лимфоидных фолликулов. В рецидивирующих полипах помимо участков поверхностных изъязвлений и грубого склероза (рис. 7) иногда обнаруживаются очаговые отложения кристаллов холестерина с перифокальной гигантоклеточной трансформацией макрофагов.

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Полученные данные дают основание утверждать, что АХП является проявлением особой формы верхнечелюстного синусита, в возникновении которого участвует комплекс факторов. У всех наблюдаемых нами больных при КТ выявлены различных размеров задние фонтанеллы, впервые описанные Е. Zuckerkaudl в 1893 году. Взаимоотношения передних и задних фонтанелл с крючковидным отростком, нижними и средними носовыми раковинами подробно изучены А. Onodi (1922). Фонтанеллы рассматриваются как варианты развития медиальной стенки верхнечелюстной пазухи. В этих участках на различном протяжении отсутствует костная основа, и медиальная стенка пазухи представлена тонким слоем соприкасающихся слизистых оболочек ВП и полости носа.

Мы считаем, что выявленные при эндоскопическом исследовании у больных АХП варианты строения задних отделов полости носа способствуют направлению основной массы выдыхаемого воздушного потока на этой стороне в средний носовой ход, создавая избыточную компрессию в области задней



Рис. 7. Фибрированная ножка длительно существующего АХП. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. 120.

фонтанеллы. Струя выдыхаемого воздуха, действующая в течение всей жизни человека (при среднем числе 18 дыханий в минуту в течение суток воздушный поток создает компрессию в среднем носовом ходе 25920 раз), высушивает слизистую оболочку в области задней фонтанеллы, подвергая ее дистрофическим изменениям и истончая. При этом появляется одно или несколько соустьев, которые постепенно увеличиваются.

Это положение подтверждается исследованиями С. Bachert (1986) и U. Ganzer (1989), которые установили, что воздухообмен в ВП зависит от глубины дыхания, общего носового сопротивления, формы носовых ходов и носоглотки и размеров естественного соустья пазухи. Шипы и гребни перегородки носа, располагающиеся кзади от соустья пазухи, уменьшают ее аэрацию, а расположенные впереди соустья — увеличивают ее. Значительно нарушают воздухообмен в пазухе аденоидные вегетации.

На этом этапе развития патологического процесса постоянным повреждающим фактором является неадекватный функциональным возможностям избыточный воздушный поток, направленный в сторону задней фонтанеллы и приводящий в конечном итоге к образованию одного большого или нескольких меньшего диаметра соустьев. Эндоскопическое исследование среднего носового хода на здоровой стороне подтверждало или отсутствие соустья в задней фонтанелле или значительно меньшие его размеры, чем на стороне поражения. Эти находки в тех случаях, когда при томографическом исследовании определяются одинакового размера задние фонтанеллы,

обусловлен различиями аэродинамики воздушного потока на здоровой и пораженной стороне.

С увеличением просвета выводного отверстия пазухи значительно ускоряется ее воздухообмен с полостью носа (Б. М. Сагалович, 1967; R. Aust, B. Drettner, 1974). Защитные механизмы слизистой оболочки пазухи не эффективны в условиях повышенного воздухообмена. Сформировавшееся широкое соустье с полостью носа способствует попаданию в пазуху бактерий, вирусов и других патогенных агентов, содержащихся в воздушном потоке. Повторяющиеся на протяжении длительного времени повреждения слизистой оболочки вызывают нарушение эпителиального покрова и локальный хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке ВП, характеризующийся мукоидной дегенерацией собственного слоя и образованием ложных кист, из которых начинается формирование ножки полипа. Направление роста полипа к соустью обусловлено, по нашему мнению, присасывающим эффектом, "раскачиванием" кисты во время дыхания в плоскости, направленной в сторону соустья. У подавляющего числа больных формирование полипа начиналось из кист, располагающихся на медиальной и нижней стенках ВП. Исследование состояния мукоцилиарной транспортной системы вокруг соустья ВП подтверждает сохранение ее активности.

По степени развития патологического процесса мы выделяем три стадии в формировании АХП. I стадия характеризуется образованием кисты и формированием полипозного тяжа, направляющегося по медиальной стенке в сторону соустья. Такой полип следует называть антральным (рис. 3). Во II стадии полип достигает соустья и опускается через его край в средний носовой ход. Полип в этой стадии развития следует называть антроеатальным (рис. 4). Поскольку он располагается в задних отделах среднего носового хода, выявить его при передней и задней риноскопии практически не представляется возможным.

В III стадии своего развития, когда полип опускается в хоану, он называется антрохоанальным (рис. 1). При отсутствии КТ и эндоскопических методов диагностики полипы, растущие из ВП, выявляются в большинстве лечебных учреждений только в III стадии развития.

#### ВЫВОДЫ

1. Возникновению АХП способствуют аномалии развития медиальной стенки ВП и задних отделов полости носа, ведущие к нарушению аэродинамики и образованию одного или нескольких соустьев в задней фонтанелле.

2. Иммунологическим исследованием установлено угнетение местного гуморального иммунитета слизистой оболочки ВП, что способствует персистенции воспалительного процесса, вызванного микробами и вирусами.

3. Морфогенез АХП тесно связан с ограниченным воспалением слизистой оболочки ВП, к которому присоединяется мукоидная дегенерация соединительнотканной основы, являющаяся причиной кистозной трансформации слизистой оболочки ВП и образования полипа.

4. В процессе развития АХП различают три стадии: I — антральный полип, располагающийся в ВП;

II — антроеатальный полип, опускающийся через соустье в средний носовой ход; III — антрохоанальный — закрывающий хоану.

5. Во время выполнения операции не следует расширять соустье в задней фонтанелле, так как это способствует избыточной вентиляции ВП.

6. Для нормализации воздухообмена полости носа и ВП, профилактики рецидива АХП необходимо устранить причины, вызывающие нарушение аэродинамики (произвести коррекцию носовых раковин, перегородки носа, удалить аденоиды).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кононов А. В. Местный иммунитет и регенерация слизистых оболочек при хроническом воспалении (биопсийное исследование) — Омск. — 1993.
2. Лопатин А. С., Быкова В. П., Арцыбашева М. В. Современные принципы диагностики и лечения хоанальных полипов // Вестник оторинолар. — 1997. — № 1. — С. 8—12.
3. Пискунов С. З. О хирургическом лечении хоанальных полипов. // Труды XV съезда оториноларингологов России. — С.-Петербург. - 1995. - С. 87-90.
4. Сагалович Б. М. Физиология и патофизиология верхних дыхательных путей. — М., 1967.
5. Серов В. В., Шехтер А. Б. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология) — М., 1981.
6. Aust R., Drettner B. Oxygen in the human maxillary sinus during normal and pathological conditions // Acta Otolaryngol. — 1974. - Vol. 78. - P. 264-269.
7. Bachert C. Experimented Untersuchungen zur Auswirkung der Nasenatmungsbeuehinderung auf die Ventilation der Kieferhöhle // Laryngol. Rhinol. Otol. - 1986. - 65, N5. -S. 250-255.
8. Bachert C., Gauzer U. Experimental studies of relationship between maxillary sinus ventilation and various obstructions of the nose and nasopharynx // Rhinology. — 1989. — Vol. 27, N 1. - P. 37-43.
9. Crampette Z., Mondain M., Rombaux Ph. Sphenochanoal polyp in children. Diagnosis and treatment. Rhinology. — 1995. — Vol. 33, NN. -P. 43-45.
10. Onodi A. Die topographische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen // Katz L., Blumenfeld F. Handbuch der speziellen chirurgie des ohres und obenem Luftwege. Leipzig., 1922. -S. 61-134.
11. Stammlerberger H. Functional endoscopie nasal and paranasal sinus surgery. The Messerklinger technique. Toronto — Philadelphia, 1991.
12. Zuckerkandl E. Normal und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihren pneumatischen Anhang. Wien, 1893.

Поступила 21.05.97

#### S. Z. Piskunov, V. S. Barsukov, F. N. Zavialov, I. S. Piskunov, O. N. Kuznetsova. PATHOGENESIS AND MORPHOGENESIS OF ANTROCHOANAL POLYPS

CT, nasal and maxillary sinus endoscopy, bacteriologic and virologic studies as well as examination of SIgA level in nasal and sinus content was performed in 72 patients with antrochoanal polyps (ACP). The polyps removed during surgery and mucosa of maxillary sinus located in vicinity or the polyp attachment were studied by means of light microscopy. Presence of pathogenic bacteria and viruses on the mucosa and dramatic decrease of SIgA were revealed. There exists a strong body of opinion that ACP is a specific form of maxillary sinusitis related to anatomical abnormalities of middle turbinate and nasopharynx which lead to increase of expiratory air stream volume in the posterior part of middle meatus. Pathomorphological study confirmed presence of local chronic inflammation and mucoid degeneration of submucous layer resulted in a pseudocyst and a polyp formation.

Г. А. Гаджимирзаев, А. А. Гамзатова,  
Ю. А. Джамалудинов, Р. Г. Гаджимирзаева

## К оценке некоторых положений хирургической коррекции деформации перегородки и наружного носа

Кафедра оториноларингологии  
Дагестанской медицинской  
академии,  
Ринологический центр  
при Республиканской  
клинической больнице

Хотя проблема коррекции внутриносовых структур обсуждается много десятилетий, тем не менее она не потеряла своей актуальности. Более того, в связи со значительным ростом числа больных, вызванным увеличением травматических деформаций, проблема хирургии перегородки и скелета наружного носа требует переосмысления.

В частности, следует решить вопрос об оптимальном возрасте, с которого можно начинать проводить операцию на перегородке носа. До сих пор пока нет единого мнения о том, следует ли без риска нарушения эстетики лица выполнять пластическую операцию на наружном носе до полного формирования лицевого скелета, т. е. до 16—18 лет. Требуется также уточнения вопроса о показаниях и противопоказаниях к коррекции внутриносовых структур при аллергических заболеваниях дыхательной системы.

Республика Дагестан, со своими специфическими климато-географическими и социально-бытовыми особенностями, является одним из тех регионов, где деформация перегородки и наружного носа встречаются достаточно часто. Так, в клиниках кафедры оториноларингологии (140 коек) Дагестанской медицинской академии ежегодно выполняется в среднем 500 операций на перегородке носа, что составляет 27% от общего числа операций. При этом у 72% из них одновременно корригируется и форма наружного носа.

Весьма важно еще в дооперационном периоде выяснить причину деформации перегородки носа, так как травматические деформации требуют сложной техники, хирургического вмешательства, и нередко в процессе их коррекции возникает необходимость в одномоментном выполнении пластики наружного носа, что под силу лишь высококвалифицированному специалисту.

Известно, что травма носа часто сопровождается вывихом четырехугольного хряща из колумеллы — "простой вывих", или из ложбинки сошника и премаксиллы — "комбинированный вывих". При "тотальном" вывихе каудальный отдел перегородки носа смещается в сторону от колумеллы и премаксиллы. Тотальный и комбинированный вывихи, как правило, сопровождаются переломом пластинки четырехугольного хряща в поперечном (чаще) или продольном (реже) направлении. При передней риноскопии линия перелома выглядит как борозда, расположенная в соответствующей плоскости. При тотальном вывихе пластинка четырехугольного хряща иногда образует тупой угол с сошником, а основание хряща смещается к дну полости носа, частично или пол-

ностью закрывая нижний носовой ход. Такая травма носа обуславливает западение спинки носа вследствие уменьшения вертикального размера хрящевой части перегородки. Важно подчеркнуть, что западение спинки носа, едва заметное до операции, становится явным после вмешательства на перегородке носа.

В процессе оперативного вмешательства ринохирург сталкивается с достоверными подтверждениями травматического характера деформации перегородки носа. Инфильтрация слизистой оболочки и надхрящницы анестетиком вызывает у больных с перенесенной травмой носа трудности, что заставляет врача увеличивать давление на поршень шприца. Если в условиях нетравматической деформации отслойка перихондрия легко выполняется с помощью обычного распатора, то при травматической деформации возникают определенные трудности, связанные с образованием рубцовых сращений между слизистой оболочкой и хрящом, что вынуждает врача работать острым инструментом. В этих случаях мы применяем прямое ушное долото. При травматической деформации нередко наблюдается фрагментирование четырехугольного хряща, иногда встречаются мелкие полости с серозным содержимым. Перегородка носа в хрящевом отделе может быть удвоенной, а перпендикулярная пластинка — утолщенной.

По окончании операции мы производим тампонаду носа турундами, пропитанными 5% синтомициновой эмульсией или мазями, содержащими антибиотики. Для устойчивого сохранения срединного положения оперированной перегородки носа в послеоперационном периоде не следует непременно удалять тампон на вторые сутки, как это традиционно принято. Мы являемся сторонниками поэтапного удаления тампона по мере его ослизнения, когда марлевая полоска совершенно беспрепятственно извлекается из полости носа, не нанося травмы слизистой оболочке. Осложнений в виде нагноения операционной раны, тугоотита и др. можно избежать, назначив профилактические дозы антибиотиков. После полного удаления тампонов в целях лучшего заживления операционной раны мы используем местно солкосерил-желе или облепиховое масло в сочетании с эндоназальной лазеротерапией.

Травматические деформации перегородки носа у детей мы оперируем под интубационным наркозом. Следует подчеркнуть, что современные миорелаксанты вызывают снижение тонуса периферических сосудов, вследствие чего во время операции наблюдается повышенная кровоточивость, значительно

затрудняющая обзор операционного поля. В этих ситуациях мы пользуемся следующим приемом. После отслойки перихондрия в каудальном отделе хрящевой части перегородки, диссекцию в дальнейшем производим специальным наконечником отсоса с расплюснутым концом, одновременно используя его и в качестве распатора и для аспирации крови. Этот прием во всех случаях позволяет сохранять операционное поле сухим и без разрывов слизистой оболочки отслоить перихондрий.

Среди ринохирургов существует мнение о том, что хирургическое вмешательство на перегородке и скелете наружного носа, выполненное в возрасте до 16 — 18 лет, нарушает процесс роста лицевого скелета, что в свою очередь может привести к диспропорциям в форме лица. Кроме того, противниками хирургического вмешательства на перегородке носа и его скелете у детей приводятся и такие аргументы, как невозможность выполнения операции под местным обезболиванием в связи с возрастной лабильностью психики пациента, а также технические трудности при оперировании из-за малых размеров внутриносовых структур (Г. Пешкова, 1971 и др.).

Наш опыт свидетельствует о том, что негативное отношение к корригирующим ринохирургическим операциям в детском возрасте у части врачей связано не столько с опасениями по поводу нарушения формирования лицевого скелета (ибо таких данных, основанных на фактическом материале, никто не представил), а с техническими трудностями при операции в узкой полости носа. Немаловажное значение имеет и отсутствие у многих ринохирургов навыка выполнения операций на перегородке носа под наркозом.

На основании многолетнего динамического наблюдения за больными с нарушением носового дыхания мы пришли к выводу о том, что путем коррекции перегородки носа в возрасте старше 16 — 18 лет устранить деформацию лица и зубочелюстной системы практически невозможно. В этой связи мы, как и другие авторы (Г. З. Пискунов, 1990; М. А. Турин, 1993 и др.), придерживаемся тактики раннего оперирования у детей с нарушением носового дыхания. Определяя показания к коррекции деформации перегородки носа у детей 4 — 5-летнего возраста мы, так же как и Г. З. Пискунов (1990), исходим из соображений о возможном развитии у них рецидивирующих и хронических неспецифических заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Для пластики спинки наружного носа при ее седловидной деформации мы производим подсадку фрагментов резецированной части четырехугольного хряща. При выраженной деформации подсаживаем несколько таких фрагментов. В случаях деформации пирамиды носа выполняем остеотомию и удаление горба эндоназальным доступом с последующей коррекцией наружного носа и фиксацией мобилизованной пирамиды носа гипсовой повязкой.

Довольно часто в клиниках кафедры выполняется коррекция перегородки носа у больных с сопутствующими респираторными аллергиями (аллергический риносинусит, обструктивный бронхит, брон-

хиальная астма и др.). Мнение различных авторов относительно тактики хирургической коррекции деформированной перегородки носа у подобных пациентов неоднозначно. Одни являются сторонниками активного хирургического лечения, считая, что оно способствует значительному улучшению в клиническом течении респираторного аллергии. Другие предостерегают от излишней хирургической активности, так как ее благоприятное влияние на течение основного заболевания сомнительно, а само хирургическое вмешательство может ухудшить дальнейшее течение основного заболевания.

Мы являемся убежденными сторонниками коррекции деформаций носовой перегородки с учетом общего состояния и аллергической реактивности больного. В зависимости от результатов аллергологического обследования и объективной картины заболевания мы выбираем оптимальный период для хирургического вмешательства. При выраженной аллергической реакции проводим гипосенсибилизацию в до- и послеоперационном периодах. У пациентов с поллинозом оперативное вмешательство планируем на период вне сезона цветения растений.

Выполненные с учетом указанных положений корригирующие операции на перегородке носа и на других структурах полости носа, как правило, дают положительный эффект в отношении основного заболевания. Соответствующая предоперационная подготовка пациентов, а у детей и общее обезболивание сводят к минимуму риск обострения респираторного аллергии.

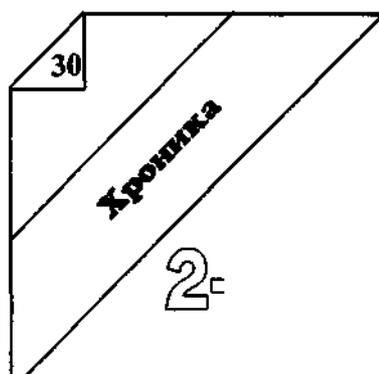
#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гурин М. А. О лечении деформации носовой перегородки у детей // Рос. ринол. — 1993. — Приложение №1. - С. 36.
2. Пешкова Г. Пластические операции лица. Пер. с чешского. М. - 1971.
3. Пискунов Г.З. Показания к операциям на перегородке носа, когда ее следует проводить // Съезд оториноларингологов, 6-й. Тезисы. Оренбург, 1990. — С. 128—130.

Поступила 24.02.97

#### G. A. Gadzhimirzaev, A. A. Gamzatova, Yu. A. Dzhamaludinov, R. G. Gadzhimirzaeva. CRITICAL EVALUATION OF SOME CONCEPTS IN SURGICAL TREATMENT OF NASAL SEPTUM AND EXTERNAL NOSE DEFORMITIES

Some principles of surgical treatment of nasal septum and external nose deformities in different age groups are described. This is the authors opinion that early correction of the deformities in pediatric age group is indicated and probability of face deformities after such surgery in patients under 16 years is exaggerated. Correct preoperative treatment and general anesthesia considerably reduce risk of complications in patients with concomitant respiratory allergic diseases. Presence of nasal trauma as a possible etiologic factor must be revealed preoperatively because correction of posttraumatic nasal septum deformities should be done by an experienced surgeon exclusively.



## Отчет о работе XVI Всемирного конгресса оториноларингологов

проф. Г. И. Тимен; проф.  
П. А. Тимошенко,

2-7 марта 1997 года в Сиднее (Австралия) был проведен XVI конгресс Международной федерации оториноларингологических обществ. Эта

федерация объединяет 82 национальные и межнациональные организации врачей, занимающихся вопросами научных исследований, подготовкой специалистов, диагностикой и лечением заболеваний уха, горла, носа, основания черепа и органов шеи. Федерация создана в 1928 году в Копенгагене. С этого времени конгрессы проводились каждые четыре года, исключая годы Второй мировой войны.

Национальные организации врачей созданы по принципу общности интересов в одном из направлений деятельности в оториноларингологии. Например, существует много национальных обществ фониастров, аудиологов, ринологов или существует одно национальное общество оториноларингологов, объединяющее все направления деятельности. В то же время есть межнациональные организации, такие как Европейское общество ринологов, объединяющее национальные общества ринологов Европы, и Международное общество ринологов, объединяющее общества ринологов всех стран. Есть международное общество "Инфекция и аллергия носа". Все эти общества входят в состав Международной федерации оториноларингологических обществ.

В России есть общество оториноларингологов, в состав которого как самостоятельные и официально зарегистрированные входят общества ринологов и фониастров. В Международной федерации обществ членство Российского общества оториноларингологов восстановлено с 1996 года.

Название проводимого в Сиднее форума — Конгресс оториноларингологии, хирургии головы и шеи. Названием этим подчеркивается весь объем производимой оториноларингологами работы. Таким образом, современное полное название нашей специальности — оториноларингология — расширено и звучит: оториноларингология — хирургия головы и шеи.

Российское общество на конгрессе представляли: проф. Г. З. Пискунов, главный оториноларинголог Медицинского центра УД Президента РФ, заместитель председателя Российского общества оториноларингологов; проф. Г. А. Таварткиладзе, директор Центра аудиологии и слухопротезирования, заместитель председателя Российского общества оториноларингологов; А. К. Волик, главный врач Краснодарской краевой ЛОР-больницы (единственной специализированной больницы в России); проф. Ф. В. Семенов (кафедра ЛОР-болезней Краснодарской медицинской академии); В. В. Бакоумов (ЛОР-отделение Волгоградской областной больницы); Е. Бакоумова, докт. мед. наук; Ю. П. Ульянов (Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва). Из бывших союзных республик на конгресс приехали: проф. Д. И. Заболотный, директор Киевского НИИ оториноларингологии,

председатель общества оториноларингологов Белоруссии А. П. Тимошенко, молодой специалист; А. М. Гагауз (Кишиневский медицинский университет), а также М. Калвет из Эстонии.

Официальное открытие конгресса состоялось в знаменитом оперном театре Сиднея на берегу залива, где присутствовало более пяти тысяч участников. Далее заседания конгресса проходили в Выставочном центре Сиднея. Программа конгресса включала все направления деятельности общества.

Конгресс открыл генерал-губернатор Австралии William Deane. Он приветствовал участников, ассоциируя IFOS со Всемирной организацией здравоохранения. Он обратил внимание на то, что основной проблемой для здоровья аборигенов Австралии являются болезни среднего уха, и поэтому правительство создало в Дарвине Школу изучения здоровья аборигенов. Президент Конгресса Gerard McCafferty приветствовал участников, поблагодарил членов оргкомитета за помощь и определил основные направления работы Конгресса. Генеральный секретарь IFOS Peter Alberti в своей речи отметил, что на конгрессе присутствуют представители более чем ста национальных обществ, что является рекордом для конгрессов IFOS. Он особенно приветствовал впервые присутствующих на конгрессе, в том числе представителей Центральной и Восточной Европы. Мемориал Rodney Williams для участников конгресса выделил 25 стипендий, две из которых получили Д. И. Заболотный и А. П. Тимошенко.

Официальное открытие конгресса завершилось концертом, на котором, в числе других произведений был исполнен отрывок из балета П. И. Чайковского "Лебединое озеро".

Последующие дни конгресса были подчинены жесткому графику программы. Все заседания открывались в строго установленный срок. Не допускалось никаких отклонений от программы, и все участники конгресса от председателей заседаний до докладчиков строго придерживались этого требования. Была организована прекрасная демонстрация слайдов, видеофильмов. Для пленарных докладов в рамках пятнадцати тематических разделов были предоставлены удобные залы. Всего было сделано 350 докладов.

Была организована большая выставка, на которой 262 фирмы — производители оборудования и инстументария — представили свою продукцию. Все экспонаты можно было изучить по видеофильмам или непосредственно на месте. Большой интерес представляли образовательные компьютерные программы. Выведенные на экран дисплея компьютера изображения анатомических структур или техника выполнения хирургического вмешательства дают возможность последовательно по ходу операции детально изучить ситуацию. Это новая для нас форма обучения. Пока она применяется у нас в стране только В. С. Козловым в Ярославском ринологическом

центре при обучении курсантов эндоскопической и микроскопической ринохирургии.

Новое техническое решение по использованию радиоволн представила американская фирма Ellman Internation Inc. Ими создано устройство для радиохирургии. Используется частота 3,8 мГц. Набор инструментов дает возможность проводить тонкие косметические операции на лице, бескровно выполнить тонкий разрез при проведении общехирургических операций. С их помощью можно работать в полостях носа, глотки.

Широко были представлены микроскопы для выполнения различных операций, эндоскопы жесткие и гибкие, рабочие места врача-оториноларинголога, лазерные установки различных типов, электрокоагуляторы и устройства для бескровного рассечения тканей, слуховые аппараты, аудиометрическая аппаратура, видеостробоскопы и многое другое. Можно было заключить контракты на закупку инструментария со скидкой на 10%. Возможна была закупка инструментов за наличный расчет.

Была организована выставка литературы, охватывающей весь спектр деятельности оториноларинголога. Руководства по различным направлениям, начиная от анатомических атласов, прекрасно иллюстрированные. Отличает их высокая цена. Трудно было найти книгу дешевле 100 долларов. Цена наиболее интересных книг доходила до 500 долларов США.

Одним из интереснейших и перспективных разделов деятельности конгресса был видеофестиваль. На нем было представлено 45 фильмов по образовательным, научно-исследовательским и клиническим программам.

Весь ход работы конгресса освещался в ежедневно выходящей газете Daily Congress News. Была организована высокая доступность для получения информации и общения между участниками конгресса.

Работа конгресса начиналась а 7.15 утра с курсов и специальных образовательных лекций. Пленарные, секционные заседания, научные симпозиумы проходили в прекрасном оборудованных аудиториях с 8.30 и продолжались до 18 часов. Во второй половине дня регулярно проводились демонстрации хирургической техники на трупах с возможностью наблюдать ход операции в мельчайших деталях на большом экране. Вечера были заняты различными социальными программами — опера, теплоходный круиз по заливу, товарищеские ужины, ночное посещение знаменитого зоопарка.

Не представляется возможным осветить весь объем проведенной работы, так как только тезисы докладов опубликованы более чем на 400 страницах, а труды конгресса составляют два объемистых тома. Мы представляем короткий отчет по некоторым направлениям оториноларингологии, отражающий основные тенденции развития нашей специальности.

На конгрессе было проанализировано состояние оториноларингологической помощи по странам. Результаты трудно сопоставимы. В странах Европейского союза обеспеченность врачами наиболее высокая и есть необходимость регулировать соотношение оториноларингологов и терапевтов общего профиля. По другим регионам обеспеченность оториноларингологами от 7 (Япония) до 2,8 на 100000 населения. Как правило, основная работа проводится в

поликлинических условиях. Стационары в развитых странах работают крайне интенсивно в качестве хирургических ЛОР-отделений. Срок пребывания в стационаре максимально сокращен. Объем хирургического вмешательства самый разнообразный вплоть до сложных пластических операций с пересадкой васкуляризованных лоскутов, выполняемых несколькими бригадами врачей. Дорогостоящие микроскопы и другая разнообразная оптика используются в повседневной работе. Оснащенность поликлиник совершенна. Рабочее место оториноларинголога оборудовано всей необходимой диагностической аппаратурой (различные эндоскопы, стробоскопы, ультразвуковая диагностическая аппаратура). Компьютерная и магнитно-резонансная томография используются в клинической практике и проведении научных исследований широко и постоянно. В развивающихся странах наряду с плохо оснащенными имеются хорошо обеспеченные больницы.

Уровень распространенности заболеваний зависит от того, насколько развито государство. В развивающихся странах серьезной проблемой являются болезни уха. Повсеместно распространены болезни носа и околоносовых пазух. Продолжается рост аллергических поражений слизистой оболочки. М. Okuda и D. Passali привели данные по 31 стране. Распространенность аллергического ринита составляет от 10 до 40% среди населения изученных стран. В основном это сезонные аллергические риниты. В Англии с 1955 по 1981 год распространенность аллергического ринита увеличилась с 4 случаев до 19,7 на 1000 населения. В Швеции за последние 12 лет у детей число аллергических ринитов удвоилось.

В медицинских школах специальность преподают циклами до 1,5 недель. В некоторых школах курс оториноларингологии отсутствует. Специалиста-оториноларинголога готовят после окончания учебного заведения. Срок обучения различный. Первые два года проводится общая подготовка по оториноларингологии, последующие три года — совершенствование и специализация. По завершению образования проводится письменный экзамен для сертификации. В Японии постдипломная подготовка занимает 5 лет, в Китае — 7 лет, в странах Европейского союза — 6 лет. В Гонконге открыт в 1995 году специальный колледж по подготовке оториноларингологов. В странах Южной Америки подготовка специалиста занимает 3—4 года, имеется много проблем по вопросам образования и организации научных исследований. В Индии рост медицинских колледжей с 1948 до 1990 года - с 17 до 142.

Проблемы ринологии занимали одно из ключевых мест в работе конгресса. Прежде всего это обусловлено большой распространенностью заболеваний носа и околоносовых пазух. Изменение экологии, рост аллергических поражений слизистой оболочки диктуют необходимость изучения защитных свойств слизистой оболочки, происходящих в ней иммунологических реакций. Ученые Японии, Голландии, Германии и других стран разносторонне рассматривают эти процессы, ищут пути коррекции иммунодефицита. Глубже изучается патогенез воспаления слизистой оболочки. Отмечено, что при остром рините и синусите резко возрастает количество интерлейкинов 1, 6, 8. При полипозе резко увеличивается количество интерлейкина 5, что не отмечено при остром

## Хроника

и хроническом воспалении слизистой оболочки.

В крови число нейтрофилов достигает 60%, а в полипах — до 2%, в то время как число эозинофилов в крови достигает 6%, а в полипах — 35%. Отличается длительность выживаемости эозинофилов в ткани слизистой оболочки и в полипах. В слизистой оболочке они живут до 2 дней, в полипах 10—12 дней.

На конгрессе было поставлено много вопросов. Некоторые из них: полипы растут или формируются? Теоретики полипоза М. Tos (Дания) и Н. Stammberger (Австрия) вновь повторили свои варианты развития полипозного процесса: отечный пролапс слизистой оболочки с разрывом базальной мембраны и/или участие нейропептидов. Классификация ринитов и синуситов, по-видимому, еще долго не получит окончательной редакции. U. Lund (Англия), председатель международной группы по классификации ринита, в своем докладе упростила классификацию до обозначения воспалительного процесса слизистой оболочки носа и околоносовых пазух одним термином - риносинусит. Выделила острую, подострую и хроническую формы. Подострая форма риносинусита определяется периодом развития от 4 до 12 недель от начала заболевания. Далее воспаление следует считать хроническим.

Медикаментозное лечение воспалительного процесса было представлено во многих докладах. Большое внимание уделялось местной кортикостероидной терапии. По мнению D. Passali (Италия) кортикостероиды лечат, но не предупреждают развитие полипозного процесса. Он предложил новое местное лечение полипоза и отечного процесса слизистой оболочки полости носа с помощью применения фуросемида. Используется аэрозоль фуросемида. Одна ампула официального раствора растворяется в равном объеме физиологического раствора. Одна инсуффляция в день в течение 3 месяцев. В течение года повторяются два таких цикла. Отдаленные результаты прослежены от одного до четырех лет и дают основание сделать обнадеживающие выводы: местное применение фуросемида — хорошая альтернатива местным кортикостероидам.

Кортикостероидная терапия применяется в период подготовки к операции больных, страдающих одновременно заболеваниями носа и околоносовых пазух, бронхиальной астмой, аспириновой триадой. L. Malm (Финляндия) перед операцией рекомендует принимать по 20 мг стероидов общего действия в течение пяти дней по утрам. Это предупреждает обострение легочного процесса.

Антибактериальным методам лечения было посвящено несколько заседаний. На каждом из них представляли новый антибиотик и давали оценку его антибактериального действия при острых и хронических воспалительных процессах. Антибиотики назначают per os или парентерально. Контроль осуществляется с учетом международных требований. После проведенной работы дается рекомендация по применению препарата. Большая работа по разработке и производству новых антибиотиков с учетом изменчивости чувствительности микрофлоры проводится всеми фармацевтическими фирмами мира, они финансируют эту работу и заинтересованы в получении достоверных результатов. Конкретной рекомендации по применению какого-либо антибио-

тика по результатам этих работ дать сложно. Как и раньше, следует выявлять чувствительность микрофлоры и после этого выбирать необходимый антибиотик.

Два доклада по местному применению антибактериальных средств на научном симпозиуме и секционном заседании были представлены Г. З. Писку - новым. Основные положения этих докладов изложены в журнале "Российская ринология" № 1 за 1997 год. Особенностью сообщений явилось не только обоснование местного применения лекарственных средств в лечении воспаления слизистой оболочки, но и использование в качестве лекарственного средства антисептика октенисепта.

Продолжает обсуждаться вопрос хирургического лечения синусита. Ему было посвящено много заседаний. Одно из них так и называлось: "Где мы в 1997 году?". На этом пленарном заседании были рассмотрены проблемы эндоскопической и микрохирургической хирургии в ринологии. В настоящее время не возникает сомнений в необходимости проводить именно функциональные операции под контролем эндоскопа или микроскопа. Радикализм вмешательства на околоносовых пазухах при воспалительном процессе остается во всех ведущих клиниках мира. Обсуждаются результаты использования микрохирургической и эндоскопической ринохирургии в различных клинических ситуациях. Изучаются причины неудач, осложнений. W. Draf (Германия) представил результаты эндоскопического удаления 79 доброкачественных и 14 злокачественных опухолей с хорошим клиническим результатом. По всему миру ведущие клиники организуют курсы обучения принципам функциональной хирургии.

I. Y. Park (Корея) считает, что эндоскопию можно применять в лимитированной хирургии, диагностике и послеоперационном уходе за пациентом. Хирург-микроскопист имеет более широкое поле деятельности. Свободные руки позволяют производить вмешательства за пределами полости носа и околоносовых пазух. В конечном итоге сам хирург решает, какой вид функциональной хирургии использовать. I. Y. Park советует начинать с микрохирургической.

Широкую возможность использования эндоскопической и микрохирургической функциональной хирургии отметил Rudert (Германия). Существенно расширяются возможности производить операции на слезных путях, лобной пазухе, при атрезии хоан. Sethi (Сингапур) рассказал о результатах эндоназальной эндоскопической хирургии гипоплазии у 120 пациентов. В 19 случаях были осложнения, из них 9 эндокринолологических, в одном случае менингит и два случая ликвореи.

D. Kennedy (США) во время эндоскопических и микрохирургических операций использует компьютерную технику. Это дает ему возможность видеть на экране компьютера положение инструментов относительно анатомических структур, что снижает возможность осложнений.

I. Park (Корея) использовал фотодинамическую терапию полипоза носа. Он применил гематопорфирин дериват, который избирательно окрашивал полипозную ткань, не изменяя цвет слизистой оболочки носовых раковин. В результате применение YAG-лазера давало возможность более тщательно провес-

ти полипотомию без повреждения слизистой оболочки. Он считает, что этот метод в будущем получит большее применение.

Maskau (Англия) провел анализ осложнений, описанных различными авторами в мировой литературе. Число осложнений варьирует от 0,5 до 3%. Наиболее серьезные — это ликворея, травма зрительного нерва и кровотечения.

Радикальные методы хирургического вмешательства не оставлены без внимания. Brennan (США) обсуждает метод медиальной максилэктомии (метод Денкера), считает его вполне показанным при рецидивирующих полипозных процессах. При выполнении вмешательства он предусматривает полное удаление нижней и средней раковины. Конкретные результаты подобного хирургического лечения не приводятся.

При диагностике и лечении опухолей носа и околоносовых пазух широко применяется эндоскопическая аппаратура. В отсутствие отдаленных метастазов предпочтение отдают радикальным хирургическим вмешательствам с последующей лучевой терапией. Используют во время операции углекислотный и YAG-лазер. Опухолевым поражениям пазух и полости носа были посвящены специальные заседания. Основной вид опухолей — различные карциномы. Следующие по распространенности — опухоли из нервной ткани. Инвертированные папилломы часто могут перерождаться в рак.

Вопрос храпа и апноэ во время сна остается в поле зрения оториноларингологов. В основном производится хирургическое лечение, в частности увулопалатопластика. Во время операции используется лазер или электронож.

Период некоторого снижения интереса к научным исследованиям патологии среднего уха, отмечавшийся 10—15 лет назад, был связан с не совсем обоснованными выступлениями ряда ученых, считавших, что в вопросах этиологии, патогенеза острого и хронического среднего отита практически не осталось белых пятен, а способы консервативного лечения и техника тимпанопластики разработаны до мельчайших подробностей. На определенном этапе развития науки эти заявления были не далеки от истины. Новые достижения в биологии, медицине и медицинской технике, меняющаяся под влиянием факторов внешней среды реактивность организма и свойства бактерий, накопление практического опыта по использованию принятых в настоящее время принципов диагностики и лечения больных хроническим гнойным средним отитом заставляют пересматривать некоторые утвердившиеся положения, а также разрабатывать все новые научные направления, призванные повысить эффективность лечения пациентов с этой патологией. Продолжается дальнейшее изучение патогенетических механизмов, приводящих к неудовлетворительным морфологическим и функциональным результатам при оперативном лечении больных хроническим гнойным средним отитом. Исследуются возможности комплексного использования новых фармакологических препаратов и физических методов воздействия на патологический процесс в среднем ухе. Совершенствуется техника хирургической санации очага инфекции в височной кости и способы восстановления звукопроводящей системы.

Отражением вышесказанного является большое количество работ, посвященных патологии всех отделов органа слуха, которое было представлено на XIV Всемирном конгрессе оториноларингологов.

Значительное число работ, особенно исходящих из западноевропейских клиник, посвящено рецидивирующему экссудативному (или секреторному, серозному) среднему отиту (ЭСО, ССО). Подтверждается значение микробного фактора в этиологии заболевания. При этом отмечается возрастание роли грибкового поражения. Египетские авторы (E1 Tarabishi Mahmoud) высеяли грибковую флору у 37% больных с персистирующим ЭСО. В группе больных с длительным ношением вентиляционных трубок в барабанной перепонке грибковая флора обнаружена у 60% обследованных. Полученные результаты позволили добиться эффекта у этих пациентов при применении противогрибковых лекарственных препаратов. Отмечается существенная роль микрофлоры верхних дыхательных путей в этиологии заболеваний среднего уха (J. Spratley et al., Португалия). Акцентируется внимание на росте частоты злокачественных опухолей носоглотки среди причин ЭСО у взрослых (Тайвань).

Серия научных исследований посвящена вопросам патогенеза ЭСО. Авторы из Нидерландов (J. A. M. Engel et al.) указывают следующие основные факторы риска ЭСО у детей младшего возраста (до 2 лет): дата рождения (лето), недостаточный вес при рождении, недоношенность (преждевременные роды), положительный семейный анамнез, сезон (зима, весна, осень), острый средний отит, общее переохлаждение, ротовое дыхание. Пик заболеваемости (50—60%) приходится на возраст 6—12 месяцев. Установлено, что заболевание острым средним отитом в возрасте до 9 месяцев существенно повышает риск развития рецидивирующего острого среднего отита. Диагноз рецидивирующего острого среднего отита ставился, если отмечалось 4 и более эпизодов острого среднего отита в течение 12 месяцев (J. Kari, Kvaerner et al., Норвегия).

Гистологические исследования слизистой оболочки различных отделов среднего уха при ЭСО, проведенные учеными из ряда клиник США (С. Karmody; H. Valtonen; B. Carlos Ruah et al.), показали, что натянута часть барабанной перепонки минимально вовлекается в воспалительный процесс при этом заболевании. В то же время отмечается, что барабанная перепонка богата плазматическими клетками, которые играют важную роль на ранних стадиях воспалительного процесса, приводящего к образованию экссудата в среднем ухе. У детей в возрасте до 2 лет барабанная перепонка содержит меньше плазматических клеток, чем у взрослых. Применение лекарственных препаратов, "стабилизирующих" плазматические клетки, может предупреждать развитие экссудативного отита.

Продолжается изучение иммунологических аспектов патогенеза ЭСО. В работе Goro Mogi (Япония) отмечается, что приобретенная или врожденная недостаточность иммунитета является одним из основных патогенетических механизмов острого отита и его рецидивов. Недоразвитие или селективное нарушение синтеза IgG способствует заболеванию острым отитом, поскольку антитела против полисахара-

## Хроника

ридных антигенов *streptococcus pneumoniae* и *haemophilus influenzae*, которые наиболее часто вызывают острый средний отит, связаны с IgG. Иммунокомпетентные клетки (лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги и другие) обнаруживаются в нормальной слизистой оболочке различных отделов среднего уха. Экспериментальными исследованиями показана роль иммунных механизмов в накоплении экссудата в среднем ухе. Установлено, что введение в барабанную полость иммунных комплексов приводит к выделению протеаз нейтрофильных лейкоцитов, являющихся ключевыми факторами в образовании экссудата. Последними молекулярно-биологическими исследованиями установлена роль цитокинов (IL-1, IL-6, IL-8) в возникновении и поддержании воспалительного процесса в среднем ухе. Имеются сведения о подавлении продукции цитокинов при назначении высоких доз или длительных курсов антибиотиков-макролидов. Основной целью иммунологических исследований среднего уха является изыскание способов подавления инфекции. В экспериментах на животных установлена возможность повышения активности секреторного IgA в носоглотке путем пероральной и эндоназальной иммунизации. Антитела, связанные с IgA, препятствуют прикреплению микробных тел к слизистой оболочке верхних дыхательных путей и способствуют более быстрому очищению носоглотки от бактерий, что предохраняет среднее ухо от попадания инфекции.

Английскими учеными P. J. Robb et al.) обследовано 346 детей в возрасте до 4 лет с рецидивирующим острым средним отитом. У 24% пациентов в связи с неэффективностью консервативного лечения была выполнена мириглотомия с введением вентиляционных трубок. У 75% детей этой группы при иммунологическом обследовании выявлен недостаток секреторного IgA по сравнению с возрастными нормами.

Распространенность ЭСО среди детского населения заставляет с особой тщательностью изучать осложнения и исходы этого заболевания. Отмечено нарушение функции вестибулярного аппарата у 60% детей с ЭСО против 7% в контрольной группе. В 95% случаев вестибулярные симптомы исчезали после введения вентиляционной трубки, что свидетельствует о неблагоприятном воздействии экссудата на функциональное состояние вестибулярного анализатора (A. Golz et al., Израиль). Бельгийские авторы (Paul V. van Cauwenberge et al.) в своей работе особо отмечают такие осложнения длительно текущего ЭСО, как миригосклероз, атрофию и ателектаз барабанной перепонки при длительном использовании вентиляционной трубки, ухудшение восприятия звуков в области высоких частот (у 20% обследованных). Последнее может быть связано с токсическим действием медиаторов воспаления из среднего уха. У детей двустороннее заболевание с потерей слуха в пределах 30 Дб при длительном течении (несколько месяцев) оказывает неблагоприятное влияние на развитие речи и социальную адаптацию.

Подчеркивается важность работы по активному выявлению детей с длительно текущим ЭСО. Данные опроса большого количества родителей младших школьников, страдающих рецидивирующим средним отитом, а также учителей Финляндии (M. Luotonen

et al.) позволили сделать вывод о неблагоприятном влиянии ЭСО на способность концентрировать внимание на уроке, а также на успеваемость, особенно по математике и технике чтения. В большинстве случаев для постановки диагноза ЭСО достаточно проведения пневматической отоскопии и тимпанометрии. Тимпанограмма типа В при экссудативном среднем отите встречается у детей в 67%, С — в 33% случаев. У взрослых — В — в 94% случаев, С — в 6%. Аудиометрия полезна, но необязательна. Окончательный диагноз ставится при аспирации содержимого среднего уха (Mow Ming Hsu, Тайвань).

Лечение больных ЭСО, помимо мероприятий, направленных на устранение причины дисфункции слуховой трубы, включает назначение лекарственной терапии, а также ряд хирургических вмешательств. В работе из Дании (P. Bonding) отмечается кратковременный эффект от проведения обычного курса антибиотикотерапии при ССО. В течение месяца после окончания приема антибиотиков рецидив отмечен у 50% больных. Автор делает вывод о неоправданности рутинного назначения этой группы препаратов при хроническом ССО. В то же время в ряде других исследований датских (Jens Thomsen et al.) и английских оториноларингологов отмечается положительный клинический эффект от применения антибиотиков, в частности, амоксицилина в течение 2 — 3 недель, при лечении детей с ССО. Считается целесообразным применение антибиотиков широкого спектра действия с целью предупреждения развития антибиотико-резистентных штаммов. Авторы из Португалии (Rui S. Penha, Carlos V. Ruah) проанализировали 30 научных публикаций, касающихся применения стероидных гормонов при хроническом ССО. Из публикаций явно следует, что короткий курс перорального приема небольших доз кортикостероидов в виде монотерапии или в комбинации с антибиотиками дает хороший клинический эффект. К аналогичному выводу пришли ученые из Тайваня (Ying-Chia Huang). Основываясь на анализе собственных результатов, а также данных, опубликованных в литературе, авторы делают вывод об эффективности антибиотикотерапии с последующим пероральным назначением кортикостероидных гормонов на 7 — 14 дней при лечении детей с ЭСО.

Применение вентиляционных трубок для шунтирования барабанной полости широко используется при лечении ССО. По данным австралийских авторов (Gristwood, Dr. Ronald) дренирование барабанной полости с помощью вентиляционной трубки оказалось неэффективным у 8,1% больных: отмечалось сохранение выделений в течение нескольких месяцев. В этих случаях необходимо провести следующие мероприятия: повторные культуральные исследования экссудата; уточнение факторов, способствующих хронизации процесса; смена лекарственных препаратов, используемых для местного лечения, в частности, назначение гормонов; исключение гранулемы или полипозных изменений барабанной перепонки; лечение назофарингеальной инфекции; хирургическое вмешательство на сосцевидном отростке. Наибольшие трудности отмечаются при тубарной обструкции и аллергических диатезах.

Английские ученые (Matthew M. W. Yung) предлагают способ вентиляции среднего уха путем чрез-

кожного введения титановой трубки в антрум. Преимуществом является возможность заниматься водным спортом, отсутствие вероятности отторжения вентиляционной трубки, возможность подключения к аппарату для продувания среднего уха. Способ особенно показан при рецидивирующем ССО с неоднократным введением вентиляционных трубок через барабанную перепонку, при полном ателектазе барабанной перепонки, при стойком нарушении функции слуховой трубы после тимпаноластики.

Продолжают появляться работы об использовании лазерного излучения, в частности, СО<sub>2</sub>-лазера для мiringотомии при экссудативном среднем отите. Публикуются параметры лазерного воздействия (мощность — 10 Вт, экспозиция — 100 мс), позволяющие получить диаметр перфорации 1,4 мм, закрывающейся в течение 14 дней (B. Seldmaier, Германия). Сообщают об успешном использовании биполярного термопарцентеза для дренирования барабанной полости при хроническом секреторном отите (Tolsdorff, Peters Германия).

Большое количество работ, представленных на конгрессе, посвящено хроническому гнойному среднему отиту (ХГСО). Несмотря на казалось бы исчерпывающие данные о строении среднего уха, продолжают углубленные исследования анатомии барабанной полости, а также взаимного расположения отдельных элементов внутреннего и среднего уха. Полученные сведения, с одной стороны, позволяют глубже понять патогенез ХГСО, с другой — они необходимы для разработки новых типов хирургических вмешательств, требующих точнейших сведений о размерах и взаимном расположении анатомических структур. Интересная статья, касающаяся анатомии надбарабанного пространства, опубликована финскими авторами (Ramsay Hans A.). Складки и карманы надбарабанного пространства изучались с середины прошлого века. Работы Troltsch, Politzer, Prussak, Helmhols and Hammar выполнены с большой тщательностью и анатомия аттика описана очень детально. Ранние работы были в последующем в значительной степени забыты и современные представления о структуре базировались на обзорах и схемах, сделанных в 60-х годах нашего столетия. Эти анатомические исследования были не всегда удачными и во многих отношениях ошибочными, что привело к спорам и противоречиям по таким клинически важным вопросам, как аэрация барабанной полости и распространение холестеатомы. Авторы исследовали анатомию надбарабанного пространства, изучив 51 препарат височной кости с помощью операционного микроскопа, а также гистологически. Полученные результаты в целом согласуются с данными вышеупомянутых ранних исследований. Карманы и пространства эптитимпанума разделены двумя типами перегородок: сложными (комбинированными, многокомпонентными), которые имеют определенную достаточно постоянную локализацию, и простыми дубликаторами слизистой оболочки, непостоянными в своей локализации, размерах и положении. Примером первых является передняя, латеральная и задняя складки связки молоточка, а также складка задней связки наковальни. Примером вторых — складка мышцы, натягивающей барабанную перепонку, складка между ножек стремени и латеральная складка наковальни. Наиболее важные

пространства или отделы верхней части барабанной полости, по мнению авторов, это супратубарный карман (recess supratubal), переднее эптитимпанальное пространство (anterior epitympanic space), пространство Пруссака (Prussak's space) и латеральное пространство молоточка. Основной путь аэрации эптитимпанума и сосцевидного отростка проходит через супратубарный карман и переднее тимпанальное соустье. Меньшее значение имеет аэрация через заднее соустье барабанной полости и отверстие в складке мышцы, натягивающей барабанную перепонку. Знание микроанатомии барабанной полости существенно для успеха хирургии уха, а также понимания путей распространения холестеатомы.

Следует отметить ряд интересных работ японских исследователей, касающихся патогенеза холестеатомного процесса при ХГСО (M. Yamasaki et al.). В частности, говорится о роли интратимпанальной вентиляции. Почти все случаи холестеатомы в среднем ухе сочетаются с нормальной функцией слуховой трубы и нормальным состоянием pars tensa барабанной перепонки, что подтверждает определенную обособленность мезотимпанума и эптитимпанума. Последняя обеспечивается существованием так называемой тимпанальной диафрагмы. Вентиляция эптитимпанума осуществляется через супратубарный карман и переднее тимпанальное соустье (tympanic isthmus). Нарушение этих путей вентиляции является, по мнению авторов, существенным условием развития аттикальной холестеатомы. Супратубарный карман (СТК) расположен впереди от аттика и ограничен сзади костной перегородкой (так называемая передняя костная пластинка аттика), переходящей в складку слизистой оболочки. Считается, что развитие супратубарного кармана начинается после рождения и продолжается в детском возрасте примерно до 10 лет. Воспалительные заболевания среднего уха в детском возрасте могут существенно нарушать развитие СТК. Недоразвитие СТК в свою очередь приводит к закрытию проходящего через него вентиляционного пути от слуховой трубы к аттику, что является одним из возможных патогенетических механизмов образования холестеатомы. Хирургические находки подтверждают этот факт: холестеатома, как правило, сочетается с недоразвитием СТК.

Анализ хирургических находок при холестеатомном среднем отите показал также, что у этих больных, помимо недоразвития супратубарного кармана, механизм нарушения вентиляции связан с увеличением костной пластинки, отделяющей передние отделы аттика от супратубарного кармана, и отсутствием канала (переднего тимпанального соустья) в складке слизистой оболочки.

Клинические результаты передней тимпанотомии также подтверждают гипотезу о роли супратубарного канала в патогенезе холестеатомы. Передняя тимпанотомия — этап хирургического вмешательства, при котором формируется вентиляционно-дренажный путь между эптитимпанумом и слуховой трубой через СТК. Авторы отмечают улучшение отдаленных результатов хирургического лечения больных с холестеатомой при выполнении передней тимпанотомии (снижение количества рецидивов с 28% до 4%). У большинства оперированных больных выявлено отсутствие переднего вентиляционного канала за счет чрезмерного развития костной пластинки в области

передней границы аттика. Делается вывод о существенной роли размеров костной пластинки в области передней границы аттика в патогенезе холестеатомы.

Касаясь роли микробного фактора в поддержании хронического воспаления в среднем ухе, югославские авторы (S. Spirić и P. Spirić) отмечают в посевах отделяемого из среднего уха преобладание грамотрицательной микрофлоры. Наибольшая чувствительность выявлена к препаратам из группы фторхинолонов (ципрофлоксацин и др.) и некоторым цефалоспорином.

Отмечается незначительная распространенность в настоящее время отогенных внутричерепных осложнений в цивилизованных странах. По Гамбургской университетской клинике на 4000 операций по поводу ХГСО, сделанных в 1986 — 1994 годах, было всего 7 больных с внутримозговыми абсцессами.

Одним из новшеств в диагностике и лечении заболеваний среднего уха является использование эндоскопической техники. В частности, сообщается об использовании эндоскопии антрума при тимпанопластике (Due Minh Bui, США). Полноценный контроль состояния антрума является важнейшим этапом хирургического вмешательства на среднем ухе. Для решения этой задачи обычно удаляется значительное количество ткани сосцевидного отростка, что требует много времени и приводит к образованию значительного костного дефекта. Эндоскопическое исследование через небольшое отверстие в антрум позволяет избежать указанных проблем. Мастоидэктомия через небольшую антростому с использованием эндоскопов диаметром 2,7 мм позволяет также тщательно исследовать адитус, что особенно важно при наличии холестеатомы.

Karhuketo Tapio et al. (Финляндия) сообщают об эндоскопической диагностике кондуктивной тугоухости. Использование эндоскопов диаметром 1,7 мм (при отсутствии перфорации барабанной перепонки производили мириногомию) позволяет выявить следующие причины кондуктивной тугоухости: фиксация стремени, аномалии строения и смещение слуховых косточек, холестеатома, спаечный процесс в барабанной полости. Авторы считают эндоскопическое исследование важным дополнением к микроотоскопии и аудиометрии. Французские оториноларингологи (F. Bernard) считают, что применение эндоскопии при выполнении второго этапа тимпаноластики позволяет с большей точностью исключить наличие резидуальной холестеатомы.

Анализ материалов конгресса показал, что в мировой отиатрии продолжается изучение различных аспектов проблемы использования трансплантатов в реконструктивной хирургии среднего уха. M. Stancovic et al. (Югославия) представили интересную работу, в которой дана оценка степени поражения слуховых косточек при хроническом гнойном среднем отите с холестеатомой в плане возможности их использования для реконструкции звукопроводящей системы при тимпанопластике. Использован осмотр с помощью операционного микроскопа, макрорадиография и гистоморфометрия. Макроскопические признаки остейта при аттикальной холестеатоме обнаружены в молоточке в 44% случаев и в наковальне в 74% случаев. Макрорадиография выявила очаги остеомиелита в 76% образцов молоточка

и 88% образцов наковальни. Гистоморфометрическое изучение структурных изменений и распространенности воспалительного процесса показало, что при дефекте длинного отростка наковальни эта слуховая косточка непригодна для оссикулопластики в 67% случаев, а при более обширных разрушениях — в 100% случаев. Неправильная оценка с помощью операционного микроскопа в плане пригодности слуховых косточек для оссикулопластики отмечена в 14% случаев. Анализ полученных результатов позволил дать следующие практические рекомендации: слуховые косточки непригодны для реконструкции звукопроводящей системы, если при осмотре с помощью операционного микроскопа отмечается поверхностный остейт более 30% поверхности, при полном дефекте длинной ножки наковальни, при "адгезии" холестеатомы к поверхности молоточка или наковальни.

R. Wielgosz et al. (Германия) делятся почти 40-летним опытом (15300 тимпанопластик) успешного применения аутохряща ушной раковины для реконструкции цепи слуховых косточек, барабанной перепонки, наружного слухового прохода и др. С учетом того, что крупные фрагменты хряща с течением времени сильно деформируются (скручиваются), рекомендуется использовать небольшие продольные фрагменты хрящевой ткани с сохраненным перихондрием. Причем при тимпанопластике 1 типа хрящевой фрагмент укладывают вдоль рукоятки молоточка, при тимпанопластике 2 и 3 типа — вдоль длинного отростка наковальни.

Ученые из США (Robert A. Goldenberg), Франции (Ph. Bordure et al.), Австралии (Dr. Brace Black), Германии (Reck, Ralf) и других государств сообщают об успешном использовании гидроксилатапата в реконструктивной хирургии среднего уха. Протезы из этого материала могут иметь непосредственный контакт с барабанной перепонкой без хрящевой прокладки. Пористая керамика гидроксилатапата в настоящее время признается одним из лучших материалов, применяемых в реконструктивной хирургии среднего уха. Отмечается ее прекрасная биологическая совместимость, возможность "прорастания" костной тканью. Имплантаты из гидроксилатапата практически не подвергаются растворению и резорбции. Они используются для восстановления задней стенки наружного слухового прохода, а также при оссикулопластике. Имплантаты из гидроксилатапата можно комбинировать с тефлоном, пластиком и др. Гранулы керамики гидроксилатапата успешно используются для частичной облитерации сосцевидного отростка после радикальной мастоидэктомии. При реваскуляризации и поддержания жизнеспособности тканей среднего уха поверхность гранул необходимо покрывать трансплантатом фасции височной мышцы на питающей ножке.

В то же время отмечается (Helmi Abdullah, Индия), что использование гидроксилатапата в реконструктивной хирургии уха не всегда возможно из-за его высокой цены. Автор сообщает об успешном применении для восстановления задней стенки наружного слухового прохода костной пластинки кортикального слоя сосцевидного отростка, которая для обеспечения питания покрывается лоскутом на ножке из фасции височной мышцы (иногда вместе с мышцей).

В работе N. Naude (Южная Африка) описаны результаты гистологических и культуральных исследований фибробластов из сухой и влажной фасции височной мышцы. Отмечается большая функциональная активность этих клеток в невысушенных образцах. Однако сравнительное изучение результатов тимпаноластики при использовании сухой и влажной фасции височной мышцы показало лучший эффект при использовании высушенной фасции. Делается вывод, что жизнеспособность фибробластов не является основным фактором, обеспечивающим приживление фасциального трансплантата.

Продолжается совершенствование методов хирургической санации очага инфекции в среднем ухе и способов реконструкции звукопроводящей системы при хирургическом лечении больных ХГСО. Японские авторы (Atsushi Shinkava, Makoto Sakai) сообщают о консервативной мирингопластике, выполняемой амбулаторно при сухих перфорациях барабанной перепонки. Используется лифилизированная твердая мозговая оболочка (гомотрансплантат) и фибриновый клей. Успешное закрытие перфорации после первого хирургического вмешательства отмечено в 71,3% случаев. Повторное закрытие перфораций при неудачных исходах позволило довести процент положительных результатов до 90,0%.

Техника сохранения переднего тимпано-меатального угла описывается французскими исследователями (F. Legent et al.). Для получения хорошего морфологического и функционального результата при восстановлении барабанной перепонки абсолютно необходимо с одной стороны сохранение переднего меато-тимпанального угла, с другой стороны — предупреждение медиального смещения трансплантата. Авторы предлагают способ фиксации неотимпанального трансплантата, позволяющий решить указанные задачи и обеспечивающий плотный контакт лоскута с остатками барабанной перепонки. Фиксация осуществляется в трех местах путем введения части лоскута в канавки между фиброзным кольцом барабанной перепонки и тимпанальной бороздой (sulcus tympanicus) височной кости. В связи с необходимостью хорошего обзора всего костного наружного слухового прохода применяется заушный подход. Способ ограниченно применяется при обширных центральных перфорациях и противопоказан при передних краевых перфорациях.

N. A. Mahmoud, S. I. Malki (Англия) использовали для закрытия перфорации барабанной перепонки комбинированный лоскут из фасции височной мышцы и кожи наружного слухового прохода на верхней ножке. Успешное закрытие перфорации у 83,8% больных.

Цель общеполостной операции — создание свободной от патологических изменений, эпидермизированной, самоочищающейся полости. Ключевым моментом самоочищения уха является миграция эпителия. Проведя анализ отдаленных результатов радикальных операций на среднем ухе, Dr. Paul Pagan (Австралия) считает, что максимальной подвижности эпителия способствует тщательное удаление всех неровностей и костных выступов, максимальное сглаживание костного гребня над каналом лицевого нерва, ампутация верхушки сосцевидного отростка.

Продолжается обсуждение вопроса о преимуществах открытых и закрытых типов saniрующих и

реконструктивных операций при ХГСО. Ос- это ликви-

новые цели тимпаноластики дация патологического процесса в среднем ухе, а также сохранение или восстановление слуха. Большинство отохирургов считают, что наилучшие результаты могут быть получены при закрытой технике хирургического вмешательства в сочетании (при необходимости) с задней тимпанотомией (Paul van den Broek, Нидерланды). В то же время R. Gomez — Ullate (Испания) и соавт., проведя анализ собственных результатов хирургического лечения холестеатомного среднего отита, отказались от закрытых типов хирургического вмешательства при этой патологии. Открытая техника позволила получить более "стабильное" ухо, хотя послеоперационный уход в этом случае был более трудный.

Очевидно, что для решения вопроса о жизнеспособности того или иного типа хирургического вмешательства или отдельного технического приема, правильного выбора трансплантата и т. п., важен анализ отдельных результатов. Поэтому естественно, что на конгрессе представлено большое количество научных работ, обобщающих опыт хирургического лечения больных ХГСО.

J. Muller et al. (Германия) приводят результаты компьютерного анализа 6488 случаев реконструктивных операций на среднем ухе, выполненных в 1988 — 1996 гг. в оториноларингологической клинике Вюрцбургского университета. 80% прооперированных больных отметили субъективное улучшение самочувствия после операции. Сокращение костно-воздушного разрыва до 20Дб и менее получено у 80% пациентов.

Серия работ посвящена оценке результатов хирургического лечения самими больными. По Wing Yuen (Гонконг) исследовал субъективную оценку пациентами послеоперационного слуха после тимпаноластики. При сокращении костно-воздушного разрыва на 10 Дб и меньше субъективное улучшение слуха отмечали 38% пациентов. Если костно-воздушный интервал сокращается на 30 Дб и более, прибавку слуха констатировали все больные (100%). У пациентов с хорошим функциональным результатом в раннем послеоперационном периоде в дальнейшем в 91% случаев слух постепенно улучшался, у 9% больных при длительном наблюдении отмечено ухудшение слуха, связанное с перфорацией неотимпанальной мембраны, отхождением протеза слуховых косточек и другими причинами.

Английские исследователи (Georg G. Browning) отмечают, что успешный результат тимпаноластики или стапедопластики, подтверждаемый сокращением костно-воздушного интервала, не всегда совпадает с оценкой исхода операции пациентом. Последнее связано с его предоперационным "слуховым статусом". Авторы выделяют три категории больных в зависимости от состояния слуха перед операцией: 1 — одностороннее снижение слуха, 2 — двустороннее симметричное снижение слуха, 3 — двустороннее асимметричное снижение слуха. Наибольшее удовлетворение от успешно выполненной слухоулучшающей операции отмечают больные 2 группы, наименьшее — 1 группы.

Отдельно следует остановиться на лечении неживающих трепанационных полостей после saniрующих операций на среднем ухе. Последние не всегда приводят к желаемым результатам. По данным раз-

## Хроника

личных исследователей, в 13 — 60% случаев наблюдается плохое заживление полости, развитие в ней длительно текущего гнойного процесса и образование грануляций, что снижает эффект хирургического вмешательства.

Как правило, наиболее часто послеоперационная оторея возникает у тех больных, у которых по тем или иным причинам оставлена большая трепанационная полость в области сосцевидного отростка. Очень часто эпидермизация таких полостей идет медленно, а сам процесс эпидермизации сопровождается усиленной десквамацией, переходящей в заболевание вновь образованного эпидермиса, что приводит к гипергранулированию.

Английский автор (D. A. Moffat) представил анализ результатов хирургического лечения больных с патологией мастоидальной полости после радикальной мастоидэктомии у больных с холестеатомным средним отитом. Наилучшие показатели получены при хирургической ревизии сосцевидного отростка с последующей облитерацией измельченной аутокостью и мышечно-периостальным лоскутом на ножке, полученном из височной мышцы. Хирургическая ревизия мастоидальной полости без последующей облитерации дает худшие результаты.

Dr. Bruce Black (Австралия) считает, что проблема незаживающей мастоидальной полости может быть решена путем реконструкции задней стенки наружного слухового прохода, что одновременно дает возможность восстановить звукопроводящую систему среднего уха. Успех реконструкции обеспечивается тщательной подгонкой формы имплантата и надежной его фиксацией. Наилучшим материалом для имплантации признается аутохрящ или пористый гидроксилатапит. Защита имплантата, питание хряща и эпителизация вновь созданного канала обеспечивается путем укладки поверх материалов, используемых для реконструкции, лоскута из фасции височной мышцы, включающего срединную височную артерию. Для предупреждения резидуальной холестеатомы необходимо особо тщательное выполнение санитизирующего этапа хирургического вмешательства. Риск развития рекуррентной холестеатомы снижается путем использования комбинированных лоскутов из хряща и перихондрия для реконструкции стенки аттика и придания жесткости барабанной перепонке.

В работе Ф. В. Семенова (Россия) описан способ лечения незаживающих трепанационных полостей после санитизирующих операций на среднем ухе излучением ИАГ-ND лазера с длиной волны 1,06 и 1,32 мкм. Экспериментально рассчитаны режимы лазерного воздействия при различных формах патологического процесса в трепанационной полости. Стойкая эпидермизация и прекращение выделений достигнуты у 72% больных с послеоперационной отореей (в контрольной группе — у 17%). Способ показан при отсутствии распространенного кариозно-грануляционного процесса, а также осложнений (головные боли, парез лицевого нерва, болезненность кости в заушной области и др.). В перечисленных случаях необходима реоперация.

Работы, посвященные отосклерозу, в основном касаются результатов хирургического лечения при

тех или иных модификациях операций на стремени. Отмечается важность следующих технических моментов хирургического вмешательства (Jean-Bernard Causse). Сухожилие стремени должно быть максимально сохранено, чтобы обеспечить возможность приведения его в контакт с протезом по окончании операции. Пересечение ножек стремени и перфорирование подножной пластинки рекомендуется выполнять с помощью аргонового лазера или алмазного бора. Вход в преддверие прикрывается венозным лоскутом, который укладывают внутренней поверхностью в сторону внутреннего уха. В качестве протеза стремени используется тефлоновый пистон диаметром 0,4 мм, помещаемый на венозный трансплантат. Сухожилие стремени приводится в контакт с протезом и длинной ножкой наковальни и обертывается кусочком вены. Восстановление или сохранение функции стремени считается важным для предупреждения акустической травмы и баротравмы внутреннего уха.

Gaetano Motta, Luca Moschillo (Италия) отмечают, что применение CO<sub>2</sub>-лазера позволяет выполнить стапедопластику бескровно, провести фенестрацию подножной пластинки при ее подвижности или фрагментации, уменьшить степень механической травмы внутреннего уха, легче сохранить сухожилие стремени мышцы. С другой стороны, неправильное использование лазера таит в себе опасность перегрева лабиринтных жидкостей и повреждения пигментных клеток внутреннего уха.

Интересное сообщение, касающееся патогенеза нейросенсорной тугоухости при отосклерозе, опубликовано венгерскими специалистами (Istvan Sziklai). Установлено, что кость отосклеротического очага выделяет особый вид пептидов, оказывающих токсическое действие на волосковые клетки. Считают, что накопление их в перилимфе является причиной перцептивного компонента тугоухости при этом заболевании.

К сожалению, мы не можем охватить все вопросы, рассмотренные на конгрессе. Но наш отчет по двум проблемам оториноларингологии не является формальной информацией. Он носит конкретный характер, и мы полагаем, что он поможет нашим оториноларингологам в научной и практической работе.

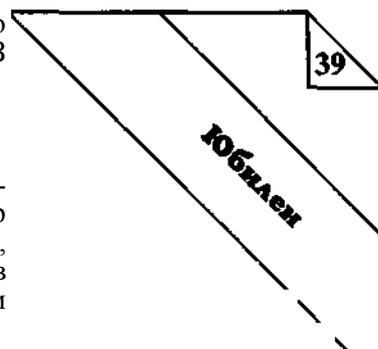
Серьезная конкуренция проходила между претендентами на право проведения очередного конгресса в 2001 году. В результате выборов это право предоставлено Каиру, президентом следующего конгресса выбран профессор Nasser Kotby (Египет).

**Г. З. Пискунов (Москва) Ф. Н. Семенов, А. К. Волик (Краснодар)**

2 октября 1997 года исполняется 60 лет со дня рождения Геннадия Захаровича Пискунова —

го  
управления

Главного  
МЗ



## Геннадию Захаровичу ПИСКУНОВУ-60

одного из самых заметных деятелей современной ринологии, главного редактора нашего журнала, организатора и первого президента Российского общества ринологов.

После окончания Курского медицинского института в 1960 году Г. З. Пискунов был направлен для работы в Камчатскую область, где он и начал свою врачебную деятельность, сначала в качестве врача общего профиля, а затем избрав своей специальностью оториноларингологию. Десять лет он проработал в Осорской районной больнице Корякского национального округа. Результатом этого уникального опыта стала кандидатская диссертация «Распространенность болезней уха, горла и носа в условиях Севера и пути совершенствования оториноларингологической помощи».

В 1972 — 1973 г.г. Г. З. Пискунов работал в должности старшего научного сотрудника на ЛОР-кафедре II Московского медицинского института, а в 1973 — 1985 г.г. — в той же должности в Московском НИИ уха, горла и носа. В эти годы сформировались его основные научные интересы: щадящие методы консервативного и хирургического лечения заболеваний носа и околоносовых пазух. В 1985 году Г. З. Пискунов блестяще защитил докторскую диссертацию «Клиника, диагностика и щадящие методы лечения хронического этмоидита», которая способствовала формированию в нашей стране современных взглядов на проблему воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Предложенный метод пункции и дренирования решетчатого лабиринта стал альтернативой господствовавшей в то время концепции хирургического радикализма в лечении синуситов. В те же годы Г. З. Пискунов неоднократно избирался в члены правления ВНОЛО и РНОЛО, являлся членом редколлегии XIII раздела медицинского реферативного журнала.

С 1985 по 1996 г.г. Г. З. Пискунов работал заведующим ЛОР-отделением ЦКБ бывшего 4-

СССР (теперь -  
Медицинский центр  
УД Президента РФ),  
занимаясь<sup>4</sup> в  
основном<sup>4</sup> развитием  
методов

эндоскопической

диагно-стики и лечения заболеваний носа и около-носовых пазух, а также лазерной хирургии в ринологии и ларингологии. Используя свои обширные международные контакты, Г. З. Пискунов организовал сначала цикл обучения по функциональной ринопластике для ЛОР-специалистов из СНГ в знаменитой ЛОР-клинике г. Грац (Австрия), возглавляемой В. Мессерк-лингером и Х. Штаммбергером, а затем - визит самого Х. Штаммбергера в Москву в 1992 году. В то время и зародилась идея создания общества ринологов в России.

Она была воплощена в жизнь, когда по инициативе Г. З. Пискунова и С. З. Пискунова в сентябре 1992 года в Курске была проведена учредительная конференция Российского общества ринологов. За ней последовали конгрессы в Санкт-Петербурге и в Сочи, а также несколько тематических и традиционных конференций в Москве и Уфе. Результаты своих научных исследований Г. З. Пискунов с успехом представлял на международных конференциях, в частности, в Англии, Италии, Японии, а также на последнем Всемирном конгрессе оториноларингологов в Сиднее (Австралия).

Свое 60-летие юбиляр встречает с новыми творческими идеями. Совсем недавно он организовал курс оториноларингологии в системе Учебно-научного центра МЦ УД Президента РФ и стал его заведующим. Сейчас Г. З. Пискунов интенсивно работает над созданием новой клинической базы для этого курса. В этом еще раз сказался его неутомимый характер, ведь далеко не каждый способен в преддверии 60-летия взяться за воплощение совершенно новой идеи и попробовать еще раз начать все с нуля. Мы желаем Геннадию Захаровичу здоровья, бодрости, человеческого счастья и долгих лет плодотворной творческой деятельности на благо отечественной оториноларингологии.

**Редакционная коллегия журнала «Российская ринология»**

**Правление Российского общества ринологов**

*Иллюстрация к статье —  
фото Г. З. Пискунова —  
на цветной вкладке.*

С. З. Пискунов\*, Г. З. Пискунов\*\*\*\*\*

## О классификации ринитов и синуситов

а конференции Российского общества ринологов, проходившей в Уфе 24 — 27 июня 1997 года, подведен итог обсуждения классификации ринита и синусита, поводом для которого послужила публикация "Отчета о международном консенсусе по диагностике и лечению ринита" в журнале "Российская ринология" за № 4, 1996 год.

Рабочую группу по классификации ринита составили: проф. С. З. Пискунов (Курск) — председатель, проф. Р. Г. Анютин (Москва), проф. Г. А. Гаджимирзаев (Махачкала), проф. Л. А. Горячкина (Москва), д. м. н. В. С. Козлов (Ярославль), член-корр. РАМН, проф. А. А. Ланцов (С.-Петербург), к. м. н. А. С. Лопатин (Москва), проф. Г. З. Пискунов (Москва), доц. С. М. Пухлик (Одесса), проф. С. В. Рязанцев (С.-Петербург), член-корр. РАМН проф. Ю. М. Овчинников (Москва), проф. Ф. В. Семенов (Краснодар), доц. В. И. Садовский (Гомель).

По мнению рабочей группы классификация, предложенная международным консенсусом, не может быть принята безоговорочно. Международной группой не учтен имеющийся в России собственный исторический опыт классификации ринита. Отечественная классификация ринита должна строиться на основе преемственности, соответствовать сложившимся у нас стереотипам, что крайне важно для практических врачей (С. В. Рязанцев).

Одна из форм ринита обозначена словом "другие", и именно в эту группу включено большое количество его разновидностей, вплоть до атрофического ринита. Руководствуясь этой классификацией, практический врач вынужден ставить абсурдный диагноз: другой ринит, пищевой; другой ринит, атрофический и т. д. (С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов).

Полипоз носа по этой классификации предложено отнести к разряду заболеваний носа, нуждающихся в дифференциации с хроническим ринитом. По данным Н. А. Арефьевой, вазомоторная и полипозная форма имеют общие иммунологические закономерности и могут рассматриваться как стадии единого процесса. В классификации отсутствует форма "вазомоторный ринит", ссылаясь на наличие сосудистой реакции со стороны слизистой оболочки носа при всех формах ринита, в том числе и острых. Отказ от термина "вазомоторный ринит" преждевременен, так как он стал привычным для нескольких поколений оториноларингологов России (Г. А. Гаджимирзаев). Отсутствует такой вид патологии слизистой оболочки носа, как "гипертрофический ринит" (Ю. М. Овчинников).

© С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов, 1997

"Кафедра оториноларингологии  
Курского медицинского университета  
"Медицинский центр УД Президента  
РФ

При классификации аллергического ринита использованы предложенные аллергологами около 20 лет назад термины "сезонный" и "круглогодичный". Однако к сезонным аллергическим ринитам может быть отнесен с полным правом поллиноз, тогда как острые аллергические риниты возникают от действия большого числа других аллергенов. Круглогодичный аллергический ринит целесообразно называть хроническим. Следует признать, что обозначение форм аллергического ринита терминами "сезонный" и "круглогодичный" неудачно. Ориентируясь на эти термины, можно классифицировать ринит на "вечерний" и "утренний", "весенний" и "осенний" и т. д.

С учетом вышеизложенного, основываясь на анализе этимологических факторе, клинических проявлений, риноскопической и морфологической картины, предложена для использования следующая классификация ринита (табл. I).

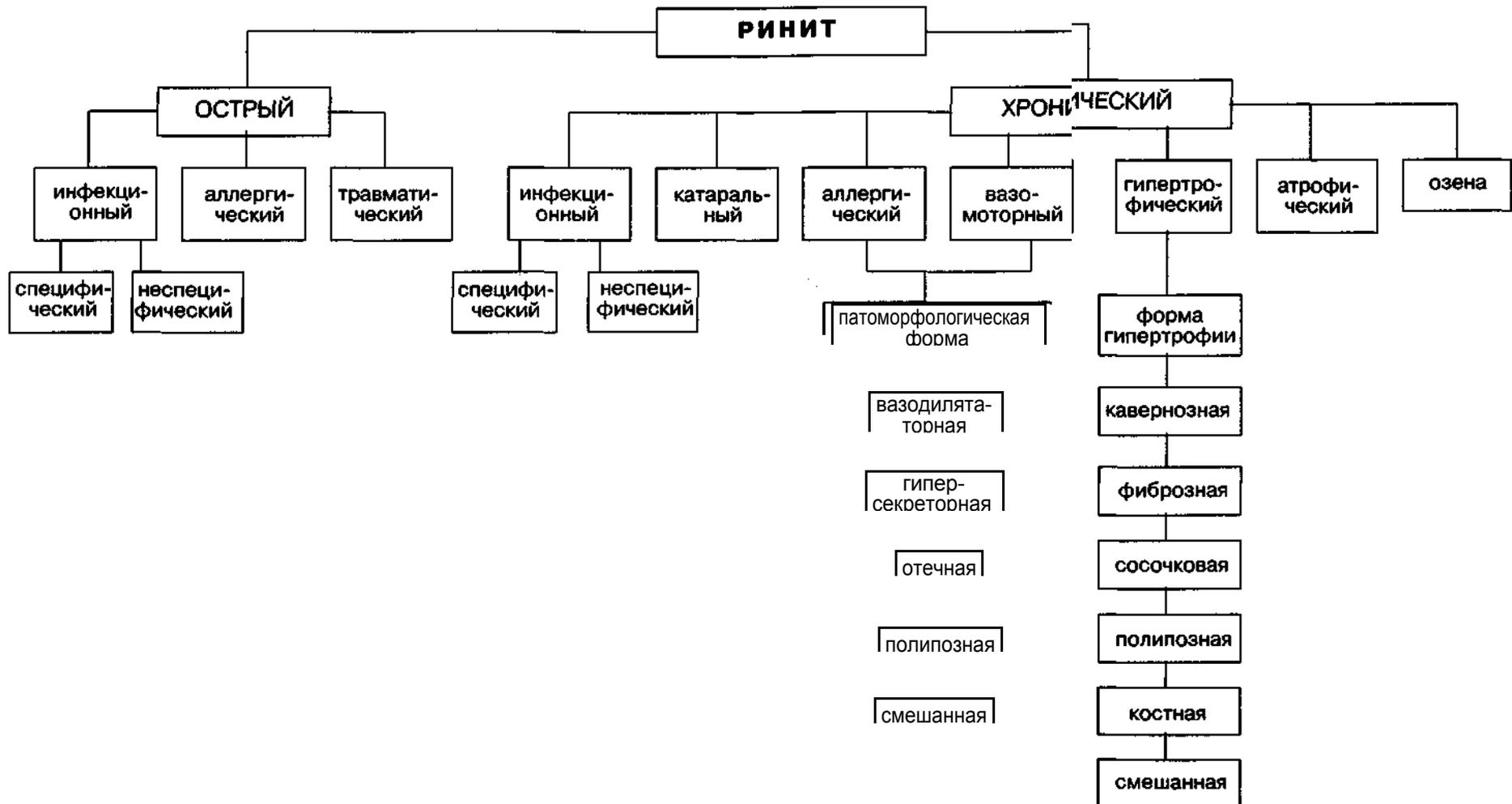
Считаем необходимым дать некоторые пояснения к предлагаемой классификации. К специфическим инфекционным ринитам относятся риниты, вызванные возбудителями инфекционных заболеваний, например, дифтерии, гонореи, менингита, туберкулеза, склеромы, сифилиса и др. Травматический ринит развивается при повреждениях слизистой оболочки после грубых манипуляций, оперативных вмешательств, тампонады, воздействий механических, термических, химических или физических раздражителей. Несмотря на разнородность факторов, воздействующих на слизистую оболочку, патогенетические основы развивающегося воспаления имеют много общего.

В связи с тем, что гипертрофическому риниту свойственно разнообразие морфологических изменений, в классификации выделено 6 форм гипертрофии, что позволяет в зависимости от характера изменений 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 входят его нейровегетативная форма, медикаментозный, гормональный, психогенный, пищевой, эозинофильный (NARES) риниты, в основе которых лежит дисбаланс в вегетативной нервной системе, нарушение нейрососудистой регуляции. Аллергический и вазомоторный риниты в зависимости от особенностей вегетососудистой реакции и выраженности изменений слизистой оболочки подразделяются на 5 патоморфологических форм.

РОССИЙСКАЯ РИНОЛОГИЯ 3/1997

# Классификация ринита



Разработанная классификация охватывает все виды поражений слизистой оболочки. Она проста, логична, легко запоминается и удобна для использования в преподавании оториноларингологии, в клинической практике, при проведении научного анализа.

В рабочую группу по классификации синуситов входили: проф. Г. З. Пискунов (Москва) — председатель, проф. Н. А. Арефьева (Уфа), проф. В. Т. Жолобов (Хабаровск), д. м. н. В. С. Козлов (Ярославль), член-корр. РАМН, проф. А. А. Ланцов (С.-Петербург), доц. С. С. Лиманский (Пенза), проф. С. З. Пискунов (Курск), проф. Г. М. Портенко (Тверь), проф. С. В. Рязанцев (С.-Петербург), академик РАМН, проф. И. Б. Солдатов (Самара), проф. Н. С. Храппо (Самара), к. м. н. В. А. Щербаков (Самара).

Предложена классификация синуситов, позволяющая достаточно полно охарактеризовать особенности поражения пазух в каждом конкретном случае. В настоящее время использование эндоскопических методов диагностики, КТ, ЯМР позволяет точно определить характер и распространенность поражения околоносовых пазух, в связи с чем необходимо исключить из употребления неопределенный термин "риносинусит", ибо каждая форма поражения требует проведения адекватного лечения в зависимости от особенностей воспалительного процесса в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух.

#### 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 (остеомиелит, холестеатома, пиомucocele, 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, этмоидогайморифронтит, 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 этмоидогайморифронтит; хронический гнойный риногенный стафилококковый этмоидогайморифронтит, остеомиелит лобной кости. Варианты ди-

агноза 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.

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

**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, 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 выделяется 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 объема; **IV стадия** - тотальное поражение околоносовой пазухи.