

Редакционная колонка**Оригинальные статьи**

А.Г.Волков, Е.В.Химичева, А.Ш.Уракчиева
ВОСПАЛЕНИЕ И ГИПЕРТРОФИЯ ГЛОТОЧНОЙ
МИНДАЛИНЫ У ВЗРОСЛЫХ

А.А.Савин

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В
ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Б.А.Черняк, Е.О.Сукманская

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ИММУНОТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО
СЕЗОННОГО РИНИТА АЛЛЕРГОИДОМ
ПУРЕТАЛ

С.З.Пискунов, Ф.Н.Завьялов, И.С.Гурьев,

В.С.Пискунов

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ И
РАЗМЕРОВ СОУСТЬЯ

Аналитические обзоры

Ф.И.Ершов, Т.И.Гараченко

ВОЗМОЖЕН ЛИ КОНТРОЛЬ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ? -
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРУЮ ПРОБЛЕМУ

Н.В.Бойко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ

В.В.Скоробогатый

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ
ХИРУРГИЯ - БЕЗАЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД
ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЛОБНЫХ ПАЗУХ?

Из практики

М.П.Ашмарин

ЩАДЯЩИЙ ВАРИАНТ ВСКРЫТИЯ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

В.Ф.Воронкин, А.Х.Хачак, А.И.Иващенко

ЭПИТЕЛИОМА МАЛЕРБА НАРУЖНОГО НОСА
С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ПОЛОСТЬ РТА И
НОСА

Хроника

7-й международный конгресс детских
оториноларингологов

Протокол заседания исполнительного комитета
Европейского ринологического общества

Аннотация

Требования к материалам, направляемым в журнал "Российская ринология"**Информационный календарь****3 Editorial****Original papers**

A.G.Volkov, E.V.Khimicheva, A.Sh.Uraktcheeva
INFLAMMATION AND ADENOID HYPERTROPHY
IN ADULTS

4

А.А.Савин

ROLE OF COMPUTERIZED TOMOGRAPHY IN
DIAGNOSIS OF UPPER AIRWAY TUMORS

9

В.А.Черняк, Е.О.Сукманская

EFFICACY OF SPECIFIC IMMUNOTHERAPY
WITH ALLERGOID PURETAL IN TREATMENT OF
SEASONAL ALLERGIC RHINITIS

12

S.Z.Piskunov, F.N.Zavyalov, I.S.Guryev,

V.S.Piskunov

TYPES OF THE PARANASAL SINUS MUCOSA
INFLAMMATION: DO THEY DEPEND ON THE
SIZE AND LOCATION OF THE SINUS OSTIUM?

16

Free papers, literature reviews

F.I.Ershov, T.I.Garatchenko

CAN WE CONTROL UPPER RESPIRATORY INFEC
TIONS IN CHILDREN?

20 AN OLD PROBLEM REVISITED

N.V.Boyko

SURGICAL TREATMENT FOR RECURRENT NASAL
BLEEDING

29

V.V.Skorobogaty

FUNCTIONAL ENDONASAL SURGERY: IS IT A
METHOD OF CHOICE FOR TREATMENT OF THE
FRONTAL SINUS INFLAMMATORY DISEASES?

34

Brief communications and case reports

M.P.Ashmarin

MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUE FOR THE
MAXILLARY SINUS SURGERY

38

V.F.Voronkin, A.H.Hachak, A.I.Ivachenko

EPITHELIOMA OF EXTERNAL NOSE EXTENDING
INTO THE NASAL AND ORAL CAVITIES

40

Current events

42 VII International Congress on Pediatric ORE

44 Minutes of the General Assembly of the European
Rhinologic Society

45 Annotation

46 Instructions for authors

48 Meeting calendar

Дорогие читатели!

Незаметно пролетели пять первых лет существования нашего журнала. Так незаметно, что этот пятилетний юбилей даже не был отмечен юбилейным номером. Мы хорошо помним, как в самом конце 1993 года появился первый номер "Российской ринологии" с материалами учредительной конференции Общества ринологов, а также и первое приложение к журналу, в котором были опубликованы тезисы докладов первой конференции общества ринологов, посвященной вопросам риносептопластики. Все тогда было внове и нумеровалось цифрой 1. Теперь "Российской ринологии" пошел шестой год. Изменился формат журнала, неизмеримо выросло его полиграфическое исполнение. Надеемся, читатели согласятся с нами в том, что значительно повысился научный и практический уровень публикаций.

За прошедшие пять лет было много трудностей, правильнее будет сказать, что издание журнала для крошечной редколлегии никогда не было легким делом. С приходом финансового кризиса это стало делать еще сложнее. С 1999 года фирма "Яртек" отказалась от дальнейшего участия в журнале, и его издание вновь целиком легло на плечи редколлегии. Но несмотря на все это, также регулярно проводятся конгрессы и конференции Общества ринологов, и по-прежнему в срок выходят четыре номера журнала ежегодно. Подтверждением тому — и номер, который Вы держите в руках, и Третья традиционная конференция, посвященная аллергологическим и иммунологическим аспектам заболеваний верхних дыхательных путей, и Второй курс "Современная риносептопластика", состоявшиеся в Москве соответственно в марте и в феврале этого года.

Мы верим в то, что за прошедшие пять лет журнал нашел своего читателя. Об этом свидетельствуют и теплые слова, которые приходится слышать во время различных мероприятий и конференций, и многочисленные просьбы выслать или передать номера журнала. К сожалению, эта тенденция не выражается числом подписчиков, количество которых во время кризиса вновь снизилось. Мы надеемся, что причиной тому - не падение Вашего интереса к журналу и не высокая подписная цена. Видимо, в это трудное время за множеством прочих забот многие просто забыли или не успели вовремя зайти в отделение "Роспечати".

Журнал не может существовать вне своей аудитории. "Российской ринологии" сейчас очень нужна поддержка читателей. Мы очень просим и индивидуальных подписчиков, и заведующих ЛОР-кафедрами и отделениями помочь нашему общему журналу в это трудное время.

Зам. главного редактора
А.С.Лопатин

А.Г.Волков, Е.В.Химичева, А.Ш.Уракчиева

ВОСПАЛЕНИЕ И ГИПЕРТРОФИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ВЗРОСЛЫХ

Ростовский государственный медицинский университет

глочная миндалина (ГМ) крупнейшей функцио-нальной актив-ности в возрасте, и её происхождение обычно происходит к 14-15 годам. Однако, ряд авторов описывает наличие аденоидов у взрослых, в том числе и у лиц старше шестидесяти лет (М.А.Ташкер, 1968; R.H.Kamel et al., 1990; J.Bennet et al.ГДЭЭЗ). Какие же причины способствуют развитию аденоидов у взрослых, и почему глоточная миндалина в ряде случаев сохраняется после полового созревания? В имеющейся литературе мы не нашли ответов на поставленные вопросы.

Устойчивость к инфицированию слизистой оболочки носа (СОН) и околоносовых пазух (ОНП) обеспечивается мукоцилиарной транспортной системой (С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов, 1991), антимикробными факторами, такими как лизоцим, лактоферрин, интерферон, аглицитарной системой (моноклеарные и фагоциты полиморфно-ядерные лейкоциты), а также механизмами специфического иммунитета, лимфоидной ткани, со СОН и ассоциированной ОНП (В.П.Быкова, 1993, 1996; М.С.Плужников и соавт., 1995; D.A.Moneret-Vautrin et al., 1991). Кроме того, устойчивость слизистых оболочек к микробному заражению обеспечивает и "колонизационный иммунитет", т.е. недоступность рецепторов эпителия для патогенных микроорганизмов за счёт блокирования микробами сапрофитной флоры (Н.А.Арефьева и соавт., 1997; J.M.Bernstein, 1992). Известно, что специфическая защита слизистых оболочек дыхательных путей определяется, в первую очередь, секреторным иммунитетом. Важную роль в обеспечении нормального функционирования факторов местного иммунитета играет лимфоидная ткань, ассоциированная со СОН и ОНП (НАЛТ) (В.П.Быкова, 1993; П.Брандтзг.1996). Согласно теории хоуминга, "лимфоциты, рождённые в лимфоэпителиальных органах, заселяют близлежащие слизистые оболочки, а лимфоциты, рождённые в небных

миндалинах - слизистую оболочку пищеварительного тракта и нижних дыхательных путей, в то время как лимфоцитопоез в ГМ поставляет лимфоциты в СОН и ОНП" (В.П.Быкова, 1996, 1997). Таким образом, ГМ, относясь к периферическим органам иммунной системы, обеспечивает СОН и ОНП иммунокомпетентными клетками и контролирует адекватность местного иммунного ответа, известного как мукозальный иммунитет.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что в настоящее время ведущим звеном в патогенезе воспалительных заболеваний носа и ОНП является состояние факторов местной резистентности, в частности, местного иммунитета. ГМ как иммунокомпетентный орган обеспечивает местные защитные реакции СОН и ОНП. Возможно, это объясняет персистенцию ГМ у взрослых как компенсаторную реакцию при дефиците факторов местного иммунитета.

Для разработки тактики лечения воспаления и гипертрофии ГМ у взрослых нами обследовано 103 больных с аденоидитом, сочетающимся с острым и обострением хронического синусита, в возрасте от 15 до 66 лет, находившихся на лечении в клинике ЛОР-болезней РГМУ за период с ноября 1995 по январь 1998гг. Больные госпитализировались с развёрнутой клинической картиной острого или хронического синусита. Основными жалобами были затруднение носового дыхания, слизистые или слизисто-гнойные выделения из носа, головная боль, чувство тяжести в области лба или щеки. При тщательном сборе анамнеза установлено, что у 39 (64%) больных острым синуситом заболевание начиналось постепенно, нередко после перенесённой острой респираторной вирусной инфекции. Ранними жалобами у этой группы больных были появление заложенности носа, дискомфорт в носоглотке и отекание отделяемого по задней стенке глотки. У всех больных две последние жалобы отмечались постоянно, особенно в осенне-весенний период. 27 (65%) больных этой группы отмечали, что утро у них обычно начинается с удаления содержимого из носоглотки.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Степень гипертрофии ГМ определяли в соответствии с общепринятой классификацией размеров аденоидов по отношению к заднему краю сошника. Распределение больных с учетом возраста и степени гипертрофии ГМ представлено в таблице 1. У 64% больных первой группы ранее выполнялась аденотомия. Во второй возрастной группе у одного пациента 24 лет, страдающего хроническим верхнечелюстным синуситом и аденоидитом, аденотомию производили 60 лет, была трижды. У другого больного III степени, выявлена гипертрофия ГМ выполнялась причём ему аденотомия уже дважды ранее.

У 23,3% обследуемых больных (24) в анамнезе отмечен дисбактериоз кишечника, подтвержденный бактериологическим исследованием. При передней риноскопии у всех больных отмечались гиперемия и отёк СОН, наличие слизистого или слизисто-гнойного экссудата в общем и среднем носовых ходах. Во всех случаях были выявлены воспалительные изменения со стороны ГМ вне зависимости от степени её гипертрофии. Размеры ГМ варьировали от единичных лимфоидных скоплений в своде носоглотки до трехдольчатой миндалины, спускающейся до уровня нижней носовой раковины. Отмечались яркая гиперемия и отёк ГМ, которая была покрыта слизью или гнойным экссудатом, нередко в её лакунах определялся гнойный экссудат. У 3 больных с острым синуситом, сочетавшимся с аденоидитом, носоглотка была заполнена вязким гнойным экссудатом, который с трудом удалялся с помощью вакуум-отсоса. Размеры ГМ не всегда соответствовали степени затруднения носового дыхания. У 7 больных с единичными лимфоидными скоплениями в носоглотке наблюдалось выраженное длительное затруднение носового дыхания. 5 больных с гипертрофией ГМ II-III ст. отмечали периодическую которая не "заложённость" носа, дискомфорта. По доставляла больным несоответствие нашему мнению, такое гипертрофии ГМ между

дыхания объясняется не только развитием полнокровия и застойных явлений в носовых раковинах (В.Я.Кунельская, М.М.Эфендиев, 1984), но и формой, размерами носоглотки и расположением

ГМ. В случаях небольшой ГМ с выраженным нарушением носового дыхания размеры носоглотки были небольшими, особое значение приобретал её сагиттальный размер, который колебался у этих больных от 1,5 до 2 см. В условиях воспаления в носоглотке развивался отек слизистой оболочки, и даже единичные лимфоидные скопления представляли значительную преграду для воздушного потока. В случаях с гипертрофией ГМ II-III ст. при незначительном нарушении носового дыхания носоглотка была больших размеров, с высоким сводом, её сагиттальный размер достигал 3,5 см. У этих пациентов ГМ располагалась на задне-верхней стенке носоглотки, не соприкасалась с хоанами и поэтому не создавала трудностей для носового дыхания.

В зависимости от применяемого лечения больные были разделены на 4 группы (табл.2). При местном лечении в качестве иммунокорректора был использован биопрепарат лактоглобулин (патент РФ №2098123, автор - А.Н.Помухина и соавт.).

При изучении исходных иммунологических показателей в разных клинических группах установлено снижение напряжённости клеточного и гуморального иммунитета, при этом достоверно было снижено только относительное число Т- и В-лимфоцитов. Количество IgG было достоверно снижено, а количество IgA и IgM - повышено. Во всех клинических группах количество ЦИК было достоверно повышено. Эти сведения указывают на изменения показателей общего иммунитета и значительное уменьшение количества SIgA во всех клинических группах.

клиренса с помощью сахаринового теста отмечено увеличение сахаринового времени. При этом выявлена прямая зависимость между размерами ГМ и удлинением сахаринового времени. Эта зависимость особенно отчётливо прослеживалась в старшей возрастной группе и у больных острым синуситом. При бактериологическом исследовании экссудата из носоглотки и поражённых ОНП патогенная микрофлора, была выделена у 65% больных, ее видовой состав представлен в таблице 3. Наиболее

Таблица 1

Распределение больных с учетом возраста и степени гипертрофии ГМ

Возрастные группы	Степень гипертрофии ГМ							
	ГМ без гипертрофии		I-II степени		II-III степени		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I. 16-20 лет	16	15,5	11	10,6	9	8,7	36	34,9
II. 21-30 лет	14	13,6	10	9,7	6	5,9	30	29,1
III. 31-40 лет'	12	11,6	6	5,9	6	5,9	24	23,4
IV. Старше 40 лет	9	8,7	3	2,9	1	0,9	13	12,6
ВСЕГО	51	49,5	30	29,1	22	21,4	103	100

Распределение больных по видам проводимого лечения

№	Количество больных (n=103)						В с Ф Г О
	Ост	Острый синусит		Хронический синусит			
Размеры ГМ Клинические группы №/№	Без гипер- трофии	1-Й ст.	II-III ст.	Без гипер- трофии	I-II ст.	II-III ст.	
1. Традиционное (n=10)	3	2	0	4	1	0	10
2. Традиционное и иммункорректирующее (n=15)	5	3	0	5	2	0	15
3. Иммунокорректирующее (n=53)	17	14	0	12	10	0	53
4. Иммунокорректирующее и хирургическое (n=25)	0	2	8	0	4	11	25
ВСЕГО	25	21	8	21	17	11	103

эффективными в отношении выявленных микроорганизмов антибактериальными препаратами являются левомецетин, эритромицин, ампициллин, оксациллин и гентамицин.

Проведенные гистоморфологические исследования удалённых ГМ (25) у взрослых позволили нам (Е.В.Химичева, 1998) установить особенности строения ГМ, а также выяснить, какие из них могут иметь клиническое значение при решении вопроса о показаниях к консервативному и хирургическому лечению. Установлено, что важнейшей особенностью макро- и микроскопической картины ГМ служит ее персистенция. С этим понятием связаны сохранение структуры ГМ, свойственной ювенильному периоду её развития и задержка ее инволюции. Персистенция ГМ указывает на необходимость обследования больных в плане возможного выявления тимико-

важной особенностью гистологической структуры ГМ служат признаки хронического воспаления, к которым можно отнести следующие:

а) протоплазия нормальной эпителиальной выстилки респираторного эпителия, его метаплазия в многослойный плоский (иногда с ороговением) или бокаловидноклеточный (с повышенной продукцией слизи);

б) утолщение базальной мембраны;

в) дистопия пластов метаплазированного эпителия и лимфоидных фолликулов в кортикальную зону ГМ;

г) нарушение непрерывности пластов эпителия с формированием дефектов эпителиальной выстилки - эрозий;

д) мелкие и крупные поля фиброза;

е) выраженная гиперплазия лимфаденоидной ткани фолликулов, в которой преобладают лимфобластические формы.

Таблица 3

Состав микрофлоры из носоглотки и ОНП (число колоний)

Состав микрофлоры	В отдельных наблюдениях		
	Острый синусит	Хронический синусит	Всего
Золотистый стафилококк	9	12	21
Эпидермальный стафилококк	21	18	39
Гемолитический стрептококк	6	5	11
Кишечная палочка (гемолитическая)	4	8	12
Синегнойная палочка	8	5	13
Протей	6	4	10
Кандида	5	2	7
Зеленящий стрептококк	12	3	15
Клебсиелла		8	8
ВСЕГО	71	65	136

Персистирующая ГМ		
острое	Воспаление ГМ	хроническое
<p>АДЕНОИДИТ с гиперплазией лимфаденоидной ткани, ретикулярной стромы, лимфобластов, иммунокомпетентных клеток</p> <p>Мукоцилиарный клиренс - увеличение сахаринового времени с увеличением размеров ГМ</p>	<p>Структурные проявления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. протоплазия эпителия 2. дистопия эпителия 3. эрозирование 4. лакунит 5. поля фиброза 6. кровоизлияния 7. гиперплазия лимфаденоидной ткани 8. тучно- и плазмноклеточная пролиферация 	<p>АДЕНОИДИТ с фиброзом стромы, атрофией лимфа - деноидной ткани</p> <p>Мукоцилиарный клиренс отсутствие четкой зависимости между сахариновым временем и размерами ГМ</p>
<p>Наличие микрофлоры</p> <p>СИНУСИТ</p>	<p>Иммунные сдвиги</p> <p>Снижение абсолютного и относительного количества Т и В-лимфоцитов, увеличение ЦИК, дисгамма глобулинемия, снижение SIgA</p>	<p>Наличие микрофлоры</p> <p>СИНУСИТ</p>

Лечение лактоглобулином

Аденотомия

Рис. 1. Механизм развития аденоидита, зависящих от него воспалительных заболеваний ОНП и лечебная тактика при данной патологии.

кортикальных отделах ГМ были различимы очаговые скопления тучных и плазматических клеток, а также эозинофильные лейкоциты. Указанный клеточный пейзаж отражает напряженность клеточного иммунитета.

Представленная морфологическая характеристика удаленных ГМ позволяет заключить, что персистенция ГМ у взрослых всегда сопровождается комплексом закономерных патологических изменений, указывающих на развитие глубокой структурной перестройки под влиянием хронического воспалительного процесса. Поэтому имеются основания полагать, что методом выбора в лечении взрослых пациентов с гипертрофированной (II-III ст.) персистирующей ГМ, является её удаление.

Изучение иммунного статуса у больных I группы после проведенного лечения установило, что показатели клеточного иммунитета практически не изменились. Достоверно возросло относительное число В-лимфоцитов. Количество иммуноглобулинов периферической крови

изменилось незначительно, хотя и имелась тенденция к нормализации. Увеличение уровней IgG и IgA и снижение IgM, ЦИК и SIgA было статистически недостоверным. Сахариновое время уменьшилось на 23,32%. У больных II группы, в которой традиционное консервативное лечение сочеталось с иммунокоррекцией, мы также не отметили значительных изменений абсолютного и относительного числа Т- и В-лимфоцитов. Достоверно снижался уровень ЦИК, а также IgM. Наблюдалось некоторое увеличение SIgA. Возрастание уровня IgG и снижение IgA было статистически недостоверным. В этой группе сахариновое время уменьшилось на 40,65%.

У больных III группы, получавших местное лечение лактоглобулином, при анализе показателей иммунной системы выявлена тенденция к нормализации. Так, возросло относительное число Т и В-лимфоцитов, снижался уровень ЦИК. Увеличение уровня SIgA было статистически достоверным. При использовании только лактоглобулина

возрастание SIgA было наиболее выраженным по сравнению с другими клиническими группами. Сахаринное время уменьшилось на 42,75%.

В IV клинической группе после хирургического лечения выявлены достоверное снижение показателей клеточного иммунитета и увеличение ЦИК. Количество В-лимфоцитов практически не изменилось. Наблюдалось недостоверное увеличение уровня IgG, IgA и SIgA, а также снижение IgM. Такое изменение иммунологических показателей может быть связано со стрессовым состоянием, вызванным хирургическим вмешательством. Сахаринное время у больных этой группы уменьшилось наиболее заметно по сравнению с другими группами - на 51,8% и составило в среднем 1В,0±0,2 мин.

Таким образом, механизм развития аденоидита и зависимых от него воспалительных заболеваний околоносовых пазух у взрослых включает следующие звенья: персистенцию (и воспаление) глоточной миндалины; воспаление околоносовых пазух; структурные превращения в глоточной миндалине; иммунные сдвиги со снижением напряженности защитных реакций; активация микробной флоры и замедление мукоцилиарного транспорта (рис.1).

В результате проведенного исследования сделаны следующие выводы.

1. Положительная динамика клинической картины, уменьшение сахаринного времени и повышение уровня SIgA у больных, получавших лактоглобулин, указывают на необходимость использования местных иммунокорректоров в лечении воспалительных процессов слизистой оболочки носа и ОНИ.

2. У пациентов, перенесших аденотомию, при наличии в носоглотке очаговых скоплений лимфоидной ткани и возобновлении симптомов аденоидита необходимо проводить консервативное лечение.

3. В связи с тем, что персистенция ГМ у взрослых является компенсаторной реакцией лимфоидной ткани на дефицит факторов местного иммунитета, целесообразно проведение курса назофарингеальных промываний лактоглобулином для ликвидации воспалительного процесса, восстановления иммунной функции ГМ и предупреждения рецидива заболевания.

4. При стойком нарушении носового дыхания, обусловленного гипертрофией ГМ II-III степени и ее воспалением, методом выбора является аденотомия, которую желательно проводить на фоне лечения лактоглобулином.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Брандтзэг П. Иммунобиология и иммуноморфология слизистой оболочки верхних дыхательных путей // Рос. ринол. - 1996. - №2-3. - С.12-13.

2. Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей // Рос. ринол. -1993.-№3. - С.40-47.

3. Быкова В.П. Современные аспекты проблемы тонзиллярной болезни // Рос. ринол. - 1996. - №2-3. - С.13-15.

4. Быкова В.П. Иммунорегуляторные функции миндалин лимфоидного глоточного кольца и их преломление в патологии // Первые юбилейные чтения, посвященные 110 годовщине со дня рождения академика И.В.Давыдовского. - М., 1997. - С. 30-50.

5. Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии в ринологии /Под ред. Н.А.Арефьевой. - Уфа, 1997.

6. Кунельская В.Я., Эфендиев М.М. Функциональное состояние полости носа при аденоидных вегетациях у взрослых // Негнойные заболевания в оториноларингологии. - М. - 1984. - С.11-16.

7. Патент РФ №2098123. Способ лечения аденоидитов / Помухина А.Н., Трофименко С.Л., Химичева Е.В. // Изобретения (заявки и патенты). - М., 1997. - Бюл. №34.

8. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. - Воронеж: Изд-во ВГУ., 1991.

9. Плужников М.С., Шантуров А.Г., Лавренова Г.В., Носуля Е.В. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомеокинеза. - СПб., 1995.

10. Ташкёр М.А. Об остром воспалении остатков III миндалины у взрослых // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1968. -№4. - С.87-91.

11. Химичева Е.В. Значение аденоидитов в клиническом течении синуситов: Дис. ... канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 1998.

12. Bennett J., Kersebaum M., Heckrodt H. Adult adenoids // British Journ. Hosp. Med. - 1993. - Vol.49, N.4. - P.289-289.

13. Bernstein J.M. Mucosal immunology of the upper respiratory tract // Respiration. - 1992. - Vol.59, Suppl.3. - P3-13.

14. Kamel R.H., Ishak E.A. Enlarged adenoid and adenoidectomy in adults: endoscopic approach and histopathological study // Journ. Laryngol. Otol. - 1990. - Vol.104. -N.12.-P.965-967.

15. Moneret-Vautrin D.A., Jankowski R., Way off M. Immunologie rhino-sinusienne // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. - 1991 - Vol. 112. - N.I - P.33-3 9.

A.G.Volkov, E.V.Khimitcheva,

A. Sh. Uraktchee va

INFLAMMATION AND ADENOID HYPERTROPHY IN ADULTS

Results of examination of 103 adult patients suffering from adenoiditis associated with acute or chronic rhinosinusitis are presented. Peculiarities of persisting adenoid in adults and its role in development of inflammatory disease in the paranasal sinuses have been studied by means of immunologic, pathomorphologic and microbiologic methods. Presence of adenoid in an adult patient should be considered to be a response of lymphoid tissue to the lack of local immunity factors. Comparison of results of treatment in different groups of the patients has demonstrated that treatment with Lactoglobulin has raised SIgA level in the nasal smears. This indicates the necessity of local immunodeficiency control in the treatment of inflammatory diseases of the nasopharynx and paranasal sinuses.

А.А.Савин

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Крымский республиканский диагностический центр (Симферополь)

В последние годы заболеваемость опухолями верхних дыхательных путей (ВДП) имеет тенденцию к росту (Р.А.Абызов и соавт., 1993). Своевременная диагностика заболеваний ВДП, особенно онкологических, является актуальной задачей современной медицины (З.П.Федоренко и соавт., 1995). Несмотря на возможности современных методов визуализации, сохраняется высокий уровень (28-75%) ошибок при топической и дифференциальной диагностике (Д.С.Мечев и соавт., 1998). Недостаточно решены многие вопросы предоперационной диагностики и лечения злокачественных опухолей ВДП, особенно при наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы (Е.А.Евдощенко и соавт., 1990). Выбор объема хирургического вмешательства во многом зависит от результатов применяемых диагностических методов (Г.М.Пеньковский, М.Б.Пионтковская, 1996). Анатомо-морфологические особенности ЛОР-органов определяют своеобразие клинических проявлений и гистологического строения этих опухолей. Большое количество мягкотканых структур в данной области, перифокальное воспаление и местные лучевые реакции при рецидиве опухоли являются причинами того, что 50-75% больных со злокачественными новообразованиями ВДП поступают в стационар уже при III-IV стадии заболевания (В.С.Логосов и соавт., 1993). Высокий процент метастазирования в регионарные лимфатические узлы шеи (от 30 до 80%) (Р.А.Абызов и соавт., 1993) требует от врачей своевременной диагностики, не только самой опухоли, но и ее метастазов (R.Nermans, M.Lenz, 1996).

На современном этапе при проведении предоперационной диагностики новообразований ВДП используются такие методы, как риноскопия, ларингоскопия, микроларингоскопия, сонография, рентгенография, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография

(Р.И.Габуня, Е.К.Колесникова, 1995; М.В.Кейко, 1990; Д.И.Заболотный и соавт., 1995). Объективная оценка распространенности рака глотки также представляет значительные трудности, которые обусловлены топографоанатомическим строением органа (В.С.Погосов, Ф.Р.Саркисова, 1993). Своевременное выявление рака гортани, особенно его эндофитных форм, определяет выбор объема хирургического вмешательства и позволяет производить органосохраняющие операции. (Х.Петтерсон, 1995; R.Maroldi et al., 1997; V.M.Rao et al., 1992)

Материал и методики. Проведен анализ результатов комплексного обследования 118 больных, со злокачественными новообразованиями ВДП. В этой серии преобладали мужчины - 96 пациентов (81,4%), женщин было 22 (18,6%). Возраст больных варьировал от 14 до 69 лет, причем 72,5% больных составили лица трудоспособного возраста (40-60 лет). Пациентам проводилось комплексное клиническое обследование. Детальный сбор анамнеза заболевания позволил сделать вывод о том, что больные обращались за медицинской помощью спустя как минимум 3-5 месяцев после появления первых симптомов заболевания. Ларингоскопия, передняя и задняя риноскопия производились на первом этапе обследования. Всем больным были выполнены рентгенологические исследования и КТ. Первое место по частоте выявляемое™ занимал рак гортани - 74 больных (62,7%), второе - новообразования гортаноглотки - 25 (21,2%), третье - опухоли носоглотки и околоносовых пазух (ОНП) - 19 (16,1%). Первичная опухоль диагностирована у 107 пациентов (90,7%), рецидив рака - у 11 (9,3%), в том числе с локализацией в гортани - 2, глотке - 9. Результаты КТ были верифицированы данными биопсии либо операционными находками. По гистологической структуре опухоли распределялись в следующей последовательности: плоскоклеточный ороговевающий рак у - 81,6%, рак с

тенденцией к ороговлению у 16%, неороговевающий рак - у 2,4 %.

Анализ распространенности первичной опухоли показал, что запущенные стадии опухоли (Т3-Т4) чаще всего регистрировались при раке гортаноглотки - у 16 (64%) из 25 больных, а также носоглотки и ОНП - у 12 (63,1%) из 19, за ними следовали опухоли гортани - у 21 (28,3%) из 74. Рентгенологическое исследование при подозрении на опухоль глотки проводилось в прямой и боковой проекциях. Прямая рентгеновская томография выполнялась при подозрении на злокачественную опухоль ОНП и гортани. КТ проводилась на аппарате "Somatom ART" фирмы "Siemens".

КТ ОНП, полости носа и носоглотки выполняли в аксиальной и коронарной плоскостях при толщине среза 5 мм и таком же шаге томографирования. В аксиальной плоскости срезы располагали параллельно орбито-меатальной линии (линия проведенная от наружного угла глаза к наружному слуховому проходу). Сканирование начинали с нижних отделов носоглотки и закапчивали после достижения верхней границы новообразования. При исследовании во фронтальной плоскости сканирование производили под углом 70-90° к орбито-меатальной линии.

КТ гортаноглотки выполняли в аксиальной плоскости при толщине среза 5 мм и том же шаге томографирования. В зону исследования включали область глотки и основание черепа. Для более четкой дифференциации границ патологического процесса пациенту выполняли повторное исследование после введения водорастворимого контрастного вещества (верографин 76%) в количестве 40,0 в локтевую вену. При КТ гортани плоскость сканирования была параллельна голосовым складкам, исходный уровень определялся по обзорной цифровой рентгенограмме и располагался на 1-2 см выше голосовых складок. Толщина среза составляла 2-4 мм при общем количестве срезов 16-20. Для объективной оценки состояния голосовых складок производилось повторное исследование гортани в момент фонации буквы "и".

Результаты и их обсуждение. Основным рентгенологическим симптомом при опухолях глотки было сужение просвета воздушного столба носо- и ротоглотки (отмечен у 28 больных). В 17 наблюдениях па боковых рентгенограммах удалось определить мягкотканную тень опухоли. Завуалированность пазух решетчатой кости и верхнечелюстной пазухи отмечалась в случаях их поражения (n=14). Наличие дополнительного образования в проекции носо- и ротоглотки, выявленное при КТ,

являлось убедительным признаком опухолевого процесса в данной области (n=44). Новообразование в 43% случаев локализовалось только на боковой стенке, а в 57% случаев распространялось также на переднюю и заднюю стенки органа. Денситометрический анализ позволял судить о структуре образования. Плотность ткани опухоли варьировала в пределах 32-58 НУ. Показатели плотности в пределах 18-58 НУ (n=9) позволяли предположить распад новообразования. Повторные исследования, проведенные после внутривенного введения контрастного вещества, позволили выявить повышение плотности образования в проекции носо- и ротоглотки в среднем на 10-17 НУ в 93,4% наблюдений. После контрастного усиления появлялась возможность объективно оценить распространенность новообразования, так как оно начинало более четко определяться на срезах.

Информация, полученная при КТ носоглотки, позволила у 5 больных выявить распространение патологического процесса в полость носа, а у 14 - в верхнечелюстную пазуху. Во всех случаях вовлечения в основной процесс верхнечелюстной пазухи выявлены участки деструкции ее стенок.

При анализе данных, полученных у больных раком гортани, было отмечено, что при локализации образования в надскладочном отделе (n=18), плотность дополнительной тени злокачественной опухоли варьировала в пределах 32-58 НУ. Во всех случаях образование локализовалось на одной из стенок. При обычной рентгеновской томографии образования данной локализации были диагностированы лишь у 12 больных. К основным КТ-симптомам опухоли данной локализации мы относили отсутствие или деформацию грушевидных синусов, в проекции которых определялось дополнительное образование. При наличии опухолевого процесса в проекции среднего отдела гортани (n=22-) отмечались деформация и утолщение голосовых складок, их асимметрия, последняя хорошо определялась при исследовании во время фонации буквы "и". Сужение просвета гортани за счет поражения одной голосовой складки было диагностировано в 64% наблюдений. При проведении денситометрического анализа установлено, что плотность пораженных опухолевым процессом голосовых складок соответствует 42-58 НУ (при норме 20-38 НУ).

Наиболее информативные данные были получены при обработке изображений, полученного при КТ методом трехмерной реконструкции. Поражение подскладочного отдела гортани (n=18) наиболее объективно оценивалось при КТ-исследовании. Детальный денситометрический анализ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

патологического образования и окружающих тканей позволял уточнить структуру опухоли и степень ее инвазии. Поражение двух и даже трех отделов гортани (n=29) при обычной прямой рентгеновской томографии было выявлено лишь у 22 пациентов. Возможности КТ и детальный анализ каждого среза, включая денситометрию изображения, полученного после реконструкции, позволяли оценить распространенность опухолевого процесса в гортани. Появление вновь дополнительного однородного образования после проведенного хирургического лечения свидетельствовало о наличии рецидива опухоли. Достоверность методики КТ при оценке распространенности злокачественных опухолей ВДП составила 89,7%.

Выводы

1. КТ обязательно должна включаться в комплекс обследования при диагностике и оценке распространенности злокачественных опухолей ВДП.

2. Возможности КТ позволяют не только объективно оценить локализацию опухолевого процесса, но и точно определить наличие и размеры участков костной деструкции, а также выработать оптимальный метод лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абызов Р.А., Исъяков Б.Г., Макуха А.Л. и др. Злоякіші пухлини ЛОР-органів у населення КііВСьКіі області за останні 10 років //Сучасні проблеми оториноларингології. Збірник наук, праць, присвячених 95-річчю з дня народження проф. О.С.Коломійченка. - Кішв, 1993. - с.4

2. Габунія Р.І., Колеснікова Е.К. Комп'ютерна томографія в клінічній діагностиці. М., 1995. - С.40-46.

3. Евдощенко Е.А., Абызов Р.А., Скорик А.А. Клинические особенности течения злокачественных новообразований верхних дыхательных путей у больных. //Журн. ушн., нос. и горл. бол. 1990. - N4. - с. 7-10

U. j-o.

4. Заболотный Д.И., Рогожин В.А., Пеньковский Г.М. и др. Магнитно-резонансная томография и спектроскопия в отоларингологии //Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1995. - №4/5. С.6-10.

5. Кейко М.В. Эхография гортани //Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1990. N 6. С. 35-40.

6. Менее Д.С., Абызов Р.А., Самойленко С.С. и др. //Сб. работ республиканской научно-практической конф. (Одесса, 20-21 мая 1998) С.56.

7. Пеньковский Г.М., Пионтовская М.Б. Выбор объема хирургических вмешательств при злокачественных опухолях околоносовых пазух на основе алгоритма лучевой диагностики // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1996. - N4. - С.39-44.

8. Петтерсон Х. Общее руководство по радиологии. - 1995. С. 249-252.

9. Покосов В.С., Саркисова Ф.Р. Доброкачественные

и злокачественные опухоли гортанной части глотки // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1993. - N 5/6. - С.58-61.

10. Погасав В.С., Элькун Г.Б., Аюлян Р.Г. и др. Магнитно-резонансная томография при кистах гортани // Вести, оторинолар. - 1993. - N1. - С.5-8.

11. Федоренко З.П., Войкинарас, Гуселетова П.В. и др. Стан противораково! боротьби та медико-статистичний аналіз розповсюдженості злоякісних новоутворень в Україні в 1992-1994 рр.- Кішв, 1995. - 121с.

12. Hermans R., Lenz M. Imaging of the oropharynx and oral cavity //Eur. Radiology. - 1996. - Vol.6, N 3. - P.362-368.

13. Maroldi R., Battaglia G., Nicolai P. CT appearance of the larynx after conservative and radical surgery for carcinomas //Eur. Radiology. - 1997. - Vol.7, N3. -P.418-431.

14. Rao V.M., Flanders A.E., Tom B.M. MRI and CT atlas of correlative imaging in otolaryngology. London: Martin Dunitz, 1992.

A.A.Savin

ROLE OF COMPUTERIZED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF UPPER AIRWAY TUMORS

The paper summarizes data of computerized tomography (CT) obtained from 118 patients aged from 14 to 69. Diagnosis of laryngeal cancer was confirmed in 74, pharyngeal tumor - in 25 and tumors of nasopharynx and paranasal sinuses - in 19 patients. Technique of CT used by the author is described. CT findings help to detail localization and extension of an upper airway tumor, its structure and density as well as invasion of surrounding tissues and bony destruction. CT presentations of the tumors are detailed. CT plays an important role both in diagnosis of the upper airway tumors and planning a treatment protocol.

Б.А.Черняк, Е.О.Сукманская

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СЕЗОННОГО РИНИТА АЛЛЕРГОИДОМ ПУРЕТАЛ

Иркутский институт усовершенствования врачей

пыт, аллергологами на лет, ет, о том, что физическая иммуно аллергических ринитах (АСР) является тивным методом лечения (А.Д.Адо, 1976; Н.Д.Беклемишев и соавт., 1985; Ю.А.Порошина и соавт., 1985; О.Osterballe, 1984; R.Patterson, L.Grammer, 1985). СИТ водно-солевыми экстрактами аллергенов из пыльцы растений позволяет получить отличные и хорошие результаты при АСР в 60-90% случаев (А.И.Остроумов, 1972; Ю.А.Порошина и соавт., 1981; Л.А.Горячкина и соавт., 1985; И.И.Воржева, 1990). Вместе с тем, водно-солевые экстракты, используемые в качестве лечебных аллергенов, обладают существенными недостатками: требуют многочисленных инъекций в процессе длительной терапии и довольно часто вызывают побочные эффекты, связанные с высокой аллергенностью препаратов (В.А.Фрадкин, 1990).

Новые формы лечебных аллергенов, к числу которых относятся аллергоиды - аллергены, модифицированные посредством химической обработки, в результате чего они обладают низкой аллергенной и высокой иммуногенной активностью, позволяют в значительной степени преодолеть отмеченные недостатки водно-солевых экстрактов (В.А.Фрадкин и соавт., 1993; Р.М.Хайтов и соавт., 1996; J.Bousquet et al., 1990; M.G.Tari et al., 1997). Одним из современных аллергоидов является Пуретал (Purethal GrassesB, производство фирмы Haarlems Allergen Lab, Нидерланды), содержащий смесь высокоочищенных аллергенов из равных частей пыльцы 10 видов луговых трав. Модификация

пыльцевых аллергенов глутаровым альдегидом и сорбирование их на гидроокиси алюминия обеспечивает гипоаллергенный и пролонгированный иммуногенный эффект, что позволяет снизить кратность инъекций препарата. В ряде исследований показаны высокая клиническая эффективность Пуретала, его выраженное иммуногенное действие, характеризующееся значительным повышением специфических IgG4-антител, низкая частота побочных реакций (С.Ф.Радунская и соавт., 1997; P.Brewczynski, 1992; G.Brivio, M.A.Boscolo, 1996; T.Zimmermann et al., 1990).

Учитывая региональные особенности спектра пыльцевых антигенов и их аллергенных свойств (Н.Д.Беклемишев и соавт., 1985; Н.В.Коротков, 1989; J.L.Devalia et al., 1998), а также недостаточный опыт применения Пуретала в нашей стране, целью настоящей работы явилась оценка его эффективности при краткосрочной предсезонной иммунотерапии АСР, этиологическим фактором которого является аллергия к пыльце луговых трав.

Материалы и методы исследования. Для СИТ Пуреталом были отобраны 20 больных АСР с моновалентной аллергией к пыльце луговых трав (костер, райграс, ежа, тимофеевка, овсяница и др.). Пациенты (15 мужчин и 5 женщин) были в возрасте 15-44 лет (в среднем $30,1 \pm 2,2$ года) с длительностью заболевания 2-15 лет (в среднем $7,9 \pm 0,8$ лет). Все больные имели высокий уровень сенсibilизации, что подтверждалось концентрацией сывороточных специфических IgE-антител к аллергену пыльцы тимофеевки: в 80% случаев отмечен 3 класс (IgE в пределах 3,0-17,5 МЕ/мл) и в 20% - 4 класс (IgE > 17,5 МЕ/мл).

С учетом периода цветения луговых трав в Восточной Сибири (Н.В.Коротков, 1989),

по краткосрочной предсезонной схеме, включающей 8 инъекций препарата с интервалом в 1 неделю (табл.1). Последняя

Таблица 1 Схема краткосрочной предсезонной СИТ Пуреталом

Неделя	№ инъекции	Доза (мл)	Общая аллергенная доза (АЕ)
0	1	0,05	1000
1	2	0,1	3000
2	3	0,2	7000
3	4	0,3	13000
4	5	0,4	21000
5	6	0,5	31000
6	7	0,5	41000
7	8	0,5	51000

доза аллергена вводилась не позднее, чем за 2 недели до начала палинации. Контрольную группу составили 8 больных АСР, получавших плацебо.

Эффективность СИТ изучалась по динамике клинических проявлений АСР с помощью дневников самонаблюдений, в которых больные ежедневно оценивали выраженность каждого симптома по шкале от 0 до 3 баллов, отмечали использование антигистаминных и интраназальных сосудосуживающих препаратов. На основании дневников подсчитывалось число дней с симптомами заболевания, определялся клинический индекс (КИ) по следующей формуле: $КН = \sum S_i / N_s$, где S - симптомы, i - выраженность симптомов в баллах от 0 до 3 и N_s - число дней с симптомами. В целом клинические результаты СИТ с учетом самооценки больных и данных врачебного наблюдения оценивали по общепринятой в аллергологии четырехбалльной шкале: отличные результаты (4)- отсутствуют симптомы заболевания и потребность в медикаментозных препаратах; хорошие (3) - значительно уменьшение выраженности симптомов и только эпизодическое использование лекарственных средств; удовлетворительные (2) - уменьшение симптомов и использования лекарств; неудовлетворительные (1) - отсутствие эффекта.

Динамику аллергологических показателей оценивали по выраженности ргіск-теста (диаметр волдыря) и назальной провокационной пробы с причинно-значимыми аллергенами (Lg-титра) до СИТ (март-апрель) и после окончания периода цветения (сентябрь). Кроме того, анализировался уровень специфических IgE и IgG4-антител к пыльце тимофеевки (флюороаллергосорбентный тест, FluoroFAST, США) до СИТ, после ее

ринита исследовалось содержание эозинофилов и в назальном секрете: рассчитывалось среднее число эозинофилов в мазке в одном поле зрения микроскопа.

Полученные данные обработаны статистически, достоверность изменений различных показателей анализировалась с помощью парного t-критерия Стьюдента для связанных выборок. Достоверность различия определяли доверительным интервалом более 95%.

Результаты и их обсуждение. Результаты клинического изучения эффективности СИТ Пуреталом в сравнении с плацебо представлены в таблице 2. Из нее видно, что выраженность симптомов у больных после проведенного лечения значительно снизилась. Об этом свидетельствует уменьшение КИ и потребности в дополнительных лекарственных средствах после СИТ по сравнению с контрольной группой более чем в 3 раза. При этом 30% больных смогли полностью отказаться от лекарств, которые они принимали в связи с АСР в предыдущие годы. Существенным является и сокращение периода обострения заболевания: у 6 больных АСР отсутствовали на протяжении всего периода палинации, у остальных (за исключением 3 человек) число дней с симптомами снизилось в среднем в 2,3 раза.

Отмечены различия в сравниваемых группах и в отношении уровня эозинофилии: как в периферической крови, так и в назальном секрете число эозинофилов в период обострения АСР было достоверно ниже у больных, которым была проведена СИТ.

Важной характеристикой любого аллергенного препарата, используемого для СИТ, является частота и выраженность его побочных эффектов. В наших наблюдениях местные реакции отмечены у 9 больных (45%), а общие - у 2 (10%). Местные реакции

Клинические показатели у больных, прошедших СИТ и получавших плацебо (M±t)

Группы больных	КИ	Прием лекарств в день	Дни с симптомами	Эозинофилия периферической крови, % I / II	Эозинофилия назального секрета I	Эффект СИТ по четырехбалльной шкале
СИТ, n=20	4,6±1,0	0,7±0,2	21,7±3,4	1,6±0,3/3,5±0,3 <0,01	2,3±0,2	2,75±0,23
P	<0,001	<0,05	<0,001	>0,05/<0,001	<0,001	<0,001
Плацебо, n=8	13,5±2,1-	2,4±0,7	50,6±2,7	2,2±0,2/7,5±1,0 <0,001	5,1±0,7	1,50±0,25

Примечание: I - исследование перед СИТ,

II - исследование после СИТ в период палинации (25 июня - 10 июля)

в большинстве случаев носили легкий характер и только у 3 пациентов были умеренными (эритема в месте инъекции до 10 см), что потребовало повторить при очередном введении препарата предыдущую дозу. Общие реакции так же имели не резко выраженный характер и проявлялись симптомами ринита, а в одном случае, у больного с сопутствующей бронхиальной астмой, - легким бронхоспазмом. Все отмеченные побочные эффекты быстро купировались антигистаминными препаратами и бронхолитиками и, в конечном счете, не сказались на эффективности проводимой терапии.

В целом результаты лечения АСР Пуреталом на основании клинических данных оценены нами как отличные и хорошие у 12 (60%), а как удовлетворительные - у 5 (25%) больных, эффект отсутствовал у 3 (15%) пациентов. Усредненный показатель эффективности СИТ, определяемый по четырехбалльной шкале составил 2,75±0,23, что достоверно выше, чем в группе больных, получавших плацебо (1,50±0,25; p<0,001).

Эффективность СИТ Пуреталом подтверждается и результатами аллергологического тестирования (рис.1). Та

чувствительность эффекторных тканей достоверно снизилась, на что указывает уменьшение выраженности prick-теста (диаметр волдыря 11,9±1,0 мм и 7,3±0,8 мм; p<0,01) и снижение в 2 раза назального титра причинно-значимых аллергенов в провокационной пробе (Lg титра 2,14±0,36 и 1,05±0,17; p<0,01).

Уровень сывороточных специфических IgE-антител в группе больных после СИТ в период палинации был достоверно ниже как по сравнению с контрольной группой (6,1±1,5 и 16,2±3,7 МЕ/мл; p<0,01), так и с исходными (до СИТ) значениями (6,1 + 1,5 и 11,8±2,4 МЕ/мл; p<0,05 (рис.1)). Вместе с тем, индивидуальный анализ показывает, что концентрация специфических IgE в сыворотке у больных после СИТ изменяется разнонаправленно. У 9 человек (45%) регистрировалось снижение IgE-антител в среднем в 3,1 раза, у 8 (40%) изменения отсутствовали и, наконец, у 3 пациентов (15%) отмечено увеличение уровня специфических IgE в 1,3 раза.

Уровень специфических \wedge C4-антител сыворотки характеризуется противоположной и однонаправленной динамикой. У 18 (90%) больных концентрация \wedge C4-антител увеличилась после СИТ в 2-16 раз, в среднем - в 5,3 раза

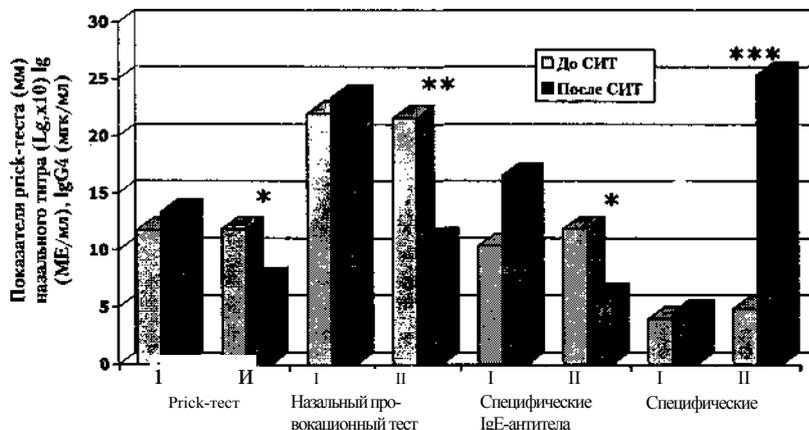


Рис. 1. Динамика аллергологических показателей до и после СИТ.

I - группа больных, получавших плацебо, II - группа больных, прошедших СИТ. * - P<0,05; ** -P<0,01; *** -P<0,001

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

($4,8 \pm 0,8$ и $25,4 \pm 3,2$ мкг/мл; $p < 0,001$). При этом имелась отрицательная коррелятивная связь ($r = -0,69$) между величиной IgG4 и КИ и положительная между IgG4 и балльным показателем эффективности СИТ ($r = -0,61$), что соответствует данным исследований (Р.М.Хайтов и соавт., 1996; P.Brewczynski, 1992; G.Brivio, M.A.Boscolo, 1996), в которых признается важная роль IgG4-антител в механизмах иммунотерапии. **Выводы**

1. Полученные результаты свидетельствуют об отчетливой клинической эффективности краткосрочной предсезонной СИТ аллергоидом Пуретал у больных АСР с сенсibilизацией к луговым травам.

2. Эффективность Пуретала обусловлена его высокой иммуногенностью, о чем свидетельствует значительное повышение уровня специфических IgG4-антител уже после первого курса СИТ.

3. Определение уровня IgG4-антител в динамике лечения может быть полезным для оценки характера иммунного ответа, а соответственно и прогноза эффективности терапии, что является дополнительным критерием в выборе схемы СИТ Пуреталом: краткосрочной, предсезонной, круглогодичной.

4. Клиническая эффективность, невысокая частота побочных реакций и длительные интервалы между инъекциями препарата позволяют рекомендовать для его более широкого применения при лечении АСР.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Адо А.Д. Частная аллергология. - М., 1976.
2. Беклемишев Н.Д., Ермекова Р.К., Мошкевич В.С. Поллинозы. - М., 1985.
3. Воржеева ИМ. Клинико-функциональная характеристика и эффективность специфической иммунотерапии поллинозов Центральной Сибири: Дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 1990.
4. Горячкина Л.А., Поспелова Р.А., Храмова Н.Н. Особенности специфической гипосенсибилизирующей терапии больных поллинозом // Препараты и методы для лечения и диагностики аллергии. - М., 1985. - С.35-36.
5. Короткое Н.В. Поллинозы Центральной Сибири: Дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 1972.
6. Остроумов А.А. Амброзийный поллиноз: Дис. ... докт. мед. наук. - Краснодар, 1972.
7. Прошита Ю.А., Полсачева О.В., Титова О.В. и др. Клинико-иммунологическое изучение различных методов специфической иммунотерапии при поллинозах // Иммунология. - 1985. - №1. - С.50-54.
8. Прошила Ю.А., Рыбчинская Л.М., Червинская Т.А. и др. Эффективность специфической профилактики поллинозов и пылевой бронхиальной астмы // Тер. архив. - 1981. - №1. - С.94-98.
9. Радунская С.Ф., Лодинова Л.М., Лавренчик Е.И. и др. Специфическая иммунотерапия поллинозов модифицированной микст-формой аллергена // Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии. Сборник трудов. -

М., 1997. - С.623.

10. Фрадкин В.А. Диагностические и лечебные аллергены. - М., 1990.

11. Фрадкин В.А., Рошаль Н.И., Горячкина Л.А. и др. Использование российских аллергоидов для специфической иммунотерапии поллинозов // Журн. микробиол. эпидемиол. иммунобиол. - 1993. - №5 - С.101-105.

12. Хаумое Р.М., Федосеева В.Н., Некрасов А.В. и др. О сниженных аллергенных свойствах и высокой терапевтической эффективности комплекса аллергоида пыльцы тимотея и полимера // Иммунология. - 1996. - №6. - С.42-45.

13. Bousquet G., Hejjaoui A., Soussana M., Michel F.B. Double blind, placebo-controlled immunotherapy with mixed grass-pollen allergoids. IV. Comparison of the safety and efficacy of two dosages of a high- molecular-weight allergoid // J. Allergy Clin. Immunol. - 1990. - Vol.85, N2. - P.490-497.

14. Brewczynski P. Double blind placebo-controlled study with Purethal Grasses // Allergy, - 1992. - Suppl.47. - P.90.

15. Brivio G., Boscolo M.A. A comparison between 3 types of SIT: Allergen modified with glutaraldehyd, alum hydroxide, E.P.D. (McEwen method) // Allergy. - 1996. - 51, N31. - P.79.

16. Devalia J.L., Rusznak C., Wang J. Danes R.J. Pollution-allergen interaction: Challenge studies in man // Eur. Respir. Rev. - 1998. - Vol.8, N53. - P.175-178.

17. Osterballe O. Specific immunotherapy with purified grass pollen extracts // Dan. Med. BuL. - 1984. - Vol.31, N3. - P.207-226.

18. Patterson R., Crammer L. Immunotherapy: Parameters of asseschial hyperresponsiveness in rhinitis // Allegry and Clin. Immunol. - 1985. - Vol.75, N5. - P.573-577.

19. Tari M.G., Mancino M., Chezzi E. et al Immunotherapy with an alum-adsorbed Parietaria-pollen allergoid: a 2-year, double blind, placebo-controlled study // Allergy. - 1997. - Vol.52, N1. - P.65-74.

20. Zimmermann T., Beinder K., Mollet F.E., Kroon A.M. Therapy of hay fever and pollen asthma in children with a new, modified allergen extract // Immun. Infect. - 1990. - Vol.18, N4. - P.127-131.

B.A.Chernyak, E.O.Sukmanskaya

EFFICACY OF SPECIFIC IMMUNOTHERAPY WITH ALLERGOID PURETAL IN TREATMENT OF SEASONAL ALLERGIC RHINITIS

Results of short-term pre-season specific immunotherapy (SIT) with allergoid Purethal in 20 patients aged 15-44 suffering from seasonal allergic rhinitis are presented. This method of SIT ensured pronounced clinical effect. Good and perfect results were documented in 60%, satisfactory - in 25% of the patients, only 15% of the patients demonstrated no response to the treatment. Clinical efficacy was confirmed by allergy tests which showed regress of skin and nasal hypersensitivity to the causative allergens. Levels of specific serum IgG4 after the course of treatment raised 5 times. The authors conclude that SIT with Purethal can be recommended for treatment of seasonal allergic reaction.

С.З.Пискунов, Ф.Н.Завьялов, И.С.Гурьев, В.С.Пискунов

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ И РАЗМЕРОВ СОУСТЬЯ

Курский медицинский университет

Одним из самых сложных по анатомическому строению органов человеческого организма является нос и

окружающие его околоносовые пазухи (ОНП). Взаимоотношение структур полости носа и ОНП определяется в большой степени особенностями строения решетчатой кости и имеющихся в ней полостей, величина и расположение которых имеет множество вариантов, трудно поддающихся систематизации. Вентиляция и дренаж ОНП осуществляется через соустья, соединяющие их с полостью носа. Соустье верхнечелюстной пазухи (ВЧП) находится обычно в заднем отделе полулунной щели. Оно имеет круглую или овальную форму, его размеры колеблются от 3 до 5 мм. Однако, нередко случаи, когда соустье верхнечелюстной пазухи имеет аномальное расположение.

Наряду с естественным соустьем могут и встречаться дополнительные отверстия в медиальной стенке пазухи. Наиболее часто они обнаруживаются в области фонтанелл, когда на отдельных участках отсутствует костная основа, и медиальная стенка ВЧП представлена дубликатурой слизистой оболочки пазухи и полости носа. А.Оноди (1922) описывал в полулунной щели верхнюю и нижнюю фонтанеллы, а позади полулунной щели и крючковидного отростка - заднюю фонтанеллу. Он указывал и размеры фонтанелл: верхняя: длина 5-15 мм, высота 2-5 мм; нижняя: - длина 3-20 мм, высота 3-15 мм; задняя: - длина 1-15 мм, высота - 1-12 мм. В области фонтанелл может находиться несколько отверстий, и они могут иметь значительные размеры. Пазухи решетчатой кости вступают в тесный контакт с ВЧП, в некоторых случаях

они имеют общие костные стенки, иногда передние пазухи решетчатой кости открываются в ВЧП.

Естественное соустье ВЧП, располагающееся в полулунной щели, прикрыто крючковидным отростком и располагающимися в области решетчатой воронки передними пазухами решетчатой кости. Зондирование соустья ВЧП трудно выполнимо или невыполнимо вообще. Это зависит от формы полулунной щели, размеров и расположения крючковидного отростка, величины и положения средней носовой раковины, ширины входа в средний носовой ход и степени развития передних пазух решетчатой кости.

Еще более сложные взаимоотношения с передними пазухами решетчатой кости имеет лобная пазуха, выводное отверстие которой обнаруживается в передне-верхней части лобного кармана. Дно лобного кармана в передних его отделах формирует верхний отдел крючковидного отростка. (H.Stammberger, 1991). Верхняя его стенка образована лобной костью, задняя стенка - верхней частью решетчатой буллы, являющегося самой крупной из передних пазух решетчатой кости. Форма решетчатой буллы может значительно влиять на конфигурацию лобного кармана. Если булла хорошо развита, стенка ее простирается далеко вперед и лобный карман сужается. Согласно исследованиям А.Оноди (1992), глубина лобного кармана колеблется от 2,5 до 6,5 мм.

Лобный карман тесно связан с передними пазухами решетчатой кости. Клетки решетчатой кости, которые тесно контактируют с лобной пазухой и проникают в ее полость, называются лобными клетками, а клетки, находящиеся в горизонтальной пластинке лобной кости, называются фронтальными глазничными

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

клетками (А. Onodi, 1922). Указанные клетки могут влиять на конфигурацию нижних отделов лобной пазухи и ее выводного отверстия. В случаях, когда имеется выраженная пневматизация бугорка носа и дополнительные фронтальные клетки, лобный карман может быть значительно сужен, вследствие чего лобно-носовое соустье выглядит как канал. Однако, это образование следует рассматривать не как самостоятельную анатомическую структуру, а как вариант соединения лобной пазухи с полостью носа, обусловленный аномалией развития или патологическим процессом в окружающих лобный карман пазухах решетчатой кости. В нормальных же условиях лобная пазуха и лобный карман на сагиттальном разрезе представляют собой песочные часы, где наиболее узкая часть (перешеек) представлена лобным отверстием. Ширина лобного соустья колеблется от 1 до 5мм, а длина носолобного канала - от 10 и 20мм (А. Onodi, 1992).

Анатомическое строение этой области усложняется так же и тем, обстоятельством, что, передние пазухи решетчатой кости развиваются из лобного кармана, и пневматизация бугорка носа начинается также здесь. Отсюда исходит и пневматизация средней носовой раковины. Клетки, которые развиваются в сторону лобной кости и располагаются впереди лобной пазухи, названы Цукеркандлем "bullae frontalis". В некоторых случаях трудно различить, какая из пазух является лобной пазухой, а какая - клеткой решетчатого лабиринта. Все названные клетки открываются в лобный карман. Различные патологические процессы в этих пневматизированных полостях, сопровождающиеся отеком, гиперплазией или полипозными изменениями слизистой оболочки, приводят к сужению или полному закрытию лобного кармана, что, в конечном итоге, ведет к нарушению воздухообмена лобной пазухи и последующему ее воспалению.

Решетчатый лабиринт, простираясь в заднем направлении, достигает клиновидной кости. Его клетки, прилегающие к клиновидной пазухе, называются сфеноидальными. Естественное отверстие клиновидной пазухи располагается на ее передней стенке и открывается в сфеноэтмоидальный карман. Отверстие пазухи может иметь различную величину; ее размеры колеблются от 0,5 до 5 мм. Соустье может быть круглым, овальным, полулунным или представлять собой щель. Сфеноидальные клетки решетчатой кости в случаях их чрезмерной пневматизации или воспалительного поражения распространяются вдоль передней стенки клиновидной пазухи и

могут прикрывать область естественного соустья.

Таким образом, вентиляция и дренаж крупных ОНП обеспечивается через сложную систему отверстий, щелей и узких пространств. Пока слизистая оболочка (СО), покрывающая эти участки здорова, пока не поражены пазухи решетчатой кости, открывающиеся или прилежащие к этим пространствам, осуществляется нормальная вентиляция. На противолежащих участках СО, образующих узкие пространства и щели и отделенных друг от друга промежутком в несколько миллиметров, полноценно осуществляется транспорт секрета. Однако, в случаях воспаления или отека, вызванного любой причиной, противолежащие поверхности СО вступают в плотный контакт, движение ресничек полностью блокируется, и прекращается транспорт секрета. Воспалительный процесс в любом из этих "узких мест" легко распространяется в сторону близлежащих ОНП, что ведет к сужению или закрытию их соустьев, нарушению воздухообмена, скоплению продуктов секреции в просвете пазухи, активации вирусной или бактериальной микрофлоры, развитию наиболее часто встречающейся в клинической практике экссудативной формы воспаления ее СО (С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов, 1991; W. Messerklinger, 1970).

Таким образом, блокада соустья ОНП ведет к развитию воспалительного процесса, включающего экссудацию, нагноение, пристеночную гиперплазию, полипоз СО, а в случаях высокой вирулентности микрофлоры и выраженного общего иммунодефицита - некротической форме поражения СО и окружающих пазух тканей. Следовательно, чем больше соустье, тем лучше. Именно этим правилом в настоящее время руководствуется большинство оториноларингологов страны при хирургических вмешательствах на ОНП. Однако, выполняя в последние годы эндоскопические исследования и хирургические вмешательства, мы заметили, что патологический процесс в пазухе может возникать при наличии одного большого или нескольких отверстий. Это касается верхнечелюстной, клиновидной и задних пазух решетчатой кости. В этих случаях патологический процесс протекает в собственном слое СО и ведет к формированию ложных кист и полипов (антро-, этмо- и сфенохоанальных).

Подобные процессы имеют следующие характерные особенности:

- а) СО поражена на ограниченном участке;
- б) отсутствует гнойное содержимое в пораженной пазухе;
- в) наличие большого соустья, через край которого свисает ножка полипа, в



Рис. 1.
Эндоскопическая картина левой ВЧП больного Н. 17 лет. Киста, (1) от которой тянется ножка полипа (2) к дополнительному соустью в задней фонтанелле (указано стрелкой).



Рис. 2. Эндоскопическая картина среднего носового хода больного М. 25 лет. Огромное соустье правой ВЧП в задней фонтанелле (указано стрелкой), через край которого в полость носа опускается антрохоанальный полип (1).

большинстве случаев не заполняющая весь просвет соустья;

г) наличие в пазухе одной или нескольких кист, от одной из которых

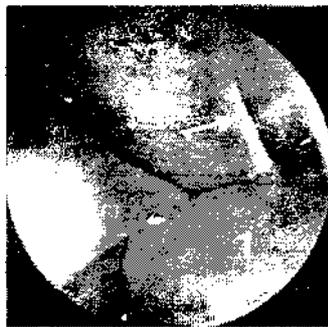


Рис. 3. Эндоскопическая картина полости носа больного К. 35 лет. Через край огромного соустья правой ВЧП в задней фонтанелле (указано стрелкой) в полость носа спускается ножка хоанального полипа (1), занимающая 1/3 часть просвета соустья.

начинается ножка полипа;

д) сохранение мукоцилиарного клиренса на здоровых участках СО.

При эндоскопическом исследовании

полости носа в этой группе больных мы отметили различные анатомические особенности:

а) деформация перегородки носа в виде гребней и шипов, располагающихся впереди выводного отверстия ВЧП в задней фонтанелле;

б) передний конец средней носовой раковины закрывал вход в средний носовой ход, а ее задний конец был развернут в сторону носоглотки;

в) низкий свод носоглотки за счет гипертрофии аденоидной ткани или индивидуальных особенностей ее анатомического строения;

г) недоразвитие задних пазух решетчатой кости, отсутствие сфеноэтмоидального кармана. В качестве иллюстраций приводим наблюдения, характеризующие особенности проявления патологического процесса в ОНП (рис. 1-4).

При гистологическом исследовании кист.



Рис. 4. Эндоскопические фотографии больного А. 65 лет.:

а) задние отделы полости носа. Из правой клиновидной пазухи через огромное соустье (1) выходит сфенохоанальный полип (3). Впереди, в задней фонтанелле располагается соустье ВЧП (2);



б) эндоскопическая картина ВЧП после пункции через клыковую ямку: в просвете пазухи определяется 3 кисты;



в) задние отделы левой половины носа: через нижний край соустья клиновидной пазухи (1) спускается тонкий отечный тяж - показан стрелкой (начальный этап ф

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ножки и тела полипов выявлялся хронический воспалительный процесс, характеризующийся мукоидной дегенерацией собственного слоя СО и образованием ложных кист, из которых начиналось формирование ножки полипа (рис.5). Таким образом, при наличии значительного размера соустья в ОНП развивается особая форма синусита, в патогенезе которой участвует целый комплекс факторов. Бактериологическое исследование указывало на обсемененность СО пораженных пазух условно-патогенными микроорганизмами, причем микрофлора ОНП соответствовала микрофлоре полости носа. У значительного числа больных выявлялась персистенция вирусной инфекции в СО. При иммунологическом исследовании отмечалось снижение содержания секретного IgA. При анализе эндоскопической картины выявлены различные аномалии развития: наличие задней фонтанеллы в медиальной стенке ВЧП с одним большим или несколькими соустьями, недоразвитость задних пазух решетчатой кости, отсутствие сфеноэтмоидального кармана, гиперплазия глоточной миндалины, развернутый в сторону перегородки носа задний конец средней носовой раковины, искривление или гребень перегородки носа на стороне поражения. Указанные аномалии способствуют нарушению аэродинамики полости носа, направляя основную массу выдыхаемого воздушного потока в просвет ОНП и создавая в них условия для избыточного воздухообмена, вследствие чего одним из важных повреждающих факторов становится неадекватный функциональным возможностям СО пазухи избыточный воздушный поток.

Постоянно и длительно действующие аэродинамические, токсические и инфекционные воздействия сенсibiliзируют СО. Скопление в ней медиаторов, в частности гистамина, ацетилхолина, серотонина, брадикинина и др. нарушают проницаемость стенки капилляров, способствуют переходу жидкости из сосудов в ткани и развитию отека СО (М.И.Кадымова, 1965). Нарастающее оводнение собственного слоя СО приводит к появлению ложной кисты, вокруг которой протекает хроническое воспаление с

Солидарность полипа объясняется тем, что ножка формируется из кисты, наиболее часто локализуемой на одной из стенок пазухи. Из других вновь

образовавшихся кист, обнаруженных нами у некоторых больных, второй полип, на развитие которого требуется несколько месяцев или лет, не успевал сформироваться.

Таким образом, по нашему мнению, характер воспалительного процесса в ОНП определяется состоянием ее соустья. При блокаде выводного отверстия развивается гнойно-экссудативная форма поражения, при зияющем соустье - хроническое продуктивное воспаление СО, проявляющееся формированием ложных кист и полипов.

Л И Т Е Р А Т У Р А

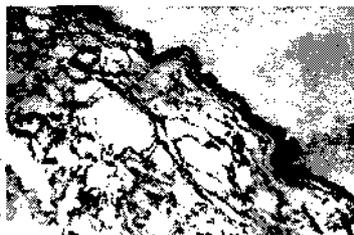
1. Кадымова ММ. Кисты придаточных пазух носа. М.: Медицина, 1972.
2. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы шадящей эндоназальной хирургии. М., 1991.
3. Messerklinger W. Die Endoskopie der Nase. Mschr. Ohrenheilk. -1970. -Bd.104, №10. - S.451-455.
4. Onodi A. Die topographische Anatomie der Nasenhohle und ihrer Nebenhohlen. Handbuch der speziellen chirurgie der Ohren und der oberen Luftwege. Leipzig, 1922.- S.61-134.
5. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. Philadelphia: B.C.Decker, 1991.

S.Z.Piskunov, F.N.Zavyalov, I.S.Guryev, V.S.Piskunov

TYPES OF THE PARANASAL SINUS MUCOSA INFLAMMATION: DO THEY DEPEND ON THE SIZE AND LOCATION OF THE SINUS OSTIUM?

The authors try to analyze relationship between the size of major sinuses, ethmoid, and conditions of the sinus ostia. This is the authors' opinion that type of inflammatory disease in the paranasal sinus mucosa depends on the size of natural (or accessory) ostium. If the ostium is blocked, exudative and purulent form of inflammation develops, in case of a large yawning ostium, hyperventilation of the sinus leads to productive form of the sinus mucosa inflammation and false cysts and polyps (particularly antrochoanal polyp) formation.

Рис. 5. Мукоидная дегенерация собственного слоя СО с образованием ячеек и более крупных полостей без эпителиальной выстилки (псевдокист). Диапедез лейкоцитов в полости отсутствует. Гематоксилин-эозин, х56.



Ф.И.Ершов, Т.И.Гаращенко

ВОЗМОЖЕН ЛИ КОНТРОЛЬ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ? НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРУЮ ПРОБЛЕМУ

Болезни верхних дыхательных путей занимают первое место в структуре заболеваемости как у детей, так и у взрослых и составляют у детей до 14 лет 68-72%, а до 4-х лет - 76-82%. Несмотря на обширный арсенал лекарственных средств, терапия этих заболеваний не всегда оказывается

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к числу наиболее распространенных болезней, которые на протяжении многих лет по числу случаев превосходят все другие инфекционные болезни вместе взятые. По данным ВОЗ, ОРВИ ежегодно болеет каждый третий житель планеты. К группам высокого риска относятся прежде всего дети раннего возраста, у которых ОРВИ

Таблица 1

Вирусы, вызывающие ОРВИ у людей

Вирусы	Серотипы		Серотипы, вызывающие ОРВИ у детей		Серотипы, вызывающие ОРВИ у взрослых
	Кол-во	Являются причиной ОРВИ	до 2 лет	от 2 до 10 лет	
Аденовирусы	70	9	1,2,3,5,7	1,2,3,5,7	3,4,7,14,21
Коронавирусы	9	3			
Герпесвирусы:	2	1	1	1	1
Герпес симплекс					
Эпштейн-Барр	1	1		1	1
Ортомиксовирусы	3	3	А,В	А,В	А,В
Гриппа					
Парамиксовирусы	4	4	1,3	1,3	-
Парагриппа					
Респираторно-синцитиальный	1	1	!	1	-
Пикорнавирусы	72	19		Коксаки А2	Коксаки А2
Энтеровирусы					
Риновирус!	>100	>100	Все	4,5,8,10	

называемой группы часто болеющих детей (ЧБД), в которой не только наиболее высока частота респираторных инфекций, но и довольно часто встречаются осложненные формы риносинуситов, отитов, которые в ряде случаев могут вести даже к летальному исходу на фоне сепсиса и внутричерепных осложнений. Некоторые из этих осложнений, такие как острый эпиглотит могут стать

составляют до 65% от всех регистрируемых

типоспецифичностью возбудителей

одной из причин синдрома внезапной смерти.

в год) составляет до 1/4 имеют также смешанные вирусно-бактериальные и вирусно-вирусные инфекции дыхательных путей. Причиной ОРВИ могут быть более 200 различных

**Этиология основных клинических синдромов поражения верхних путей у детей
(В.К.Таточенко, 1987)**

Возбудитель	Основные синдромы поражения верхних	Другие синдромы
Грипп	Ринофарингит, круп с лихорадкой	Бронхит, пневмония, синдром Рея
Парагрипп	Ринофарингит круп	Фебрильное заболевание
РС-вирус	Ринофарингит с лихорадкой, у старших детей — афебрильный	Бронхит, пневмония, у старших детей — обострения бронхиальной астмы
Аденовирусы	Ринофарингит, ринофарингит с лихорадкой, у старших детей — афебрильный, фарингит, фаринго-конъюнктивит, лихорадка	Бронхит, пневмония, бронхолит
Вирусы ЕСНО	Ринофарингит у грудных детей	ЕСНО-экзантемы
Риновирусы	Ринофарингит, круп с лихорадкой или без нее	Бронхолит у грудных детей
Вирусы Коксаки	Фарингит без налетов, герпангина	Экзантемы, поражения ЦНС, миокардит, гепатит, лимфаденит, эпидемическая миалгия
Коронавирусы	Ринофарингит — чаще у детей старше года	Мало изучены
Микоплазма	Ринофарингит, ринит, тонзилит без налетов	Бронхолит, пневмония

вирусов, представителей четырех семейств РНК-содержащих вирусов (ортомиксовирусы, парамиксовирусы, коронавирусы и пикорнавирусы) и двух семейств ДНК-содержащих вирусов (аденовирусы и герпесвирусы) (табл.1). Естественно, такая полиэтиологичность ОРВИ создает серьезные трудности для профилактики и терапии этих заболеваний.

Ведущая роль в структуре ОРВИ, бесспорно, принадлежит гриппу, так как только вирусы гриппа вызывают эпидемии и пандемии, поражая людей всех возрастов. Так, в России гриппом ежегодно болеет до 60-70 млн. человек. При ОРВИ вирусы передаются от больных здоровым воздушно-капельным путем, распространяясь чрезвычайно быстро.

Дифференциальная диагностика гриппа и других ОРВИ, которые вызывают близкие по клинической картине гриппоподобные заболевания, является непростой, но вполне решаемой задачей. Основными отличительными признаками можно считать начало заболевания, симптомы интоксикации, характер лихорадки и катаральных явлений, тип осложнений и др. Клинический диагноз, подтвержденный данными лабораторного анализа, в большой степени определяет тактику терапии. Важно отметить, что характер клинических синдромов зависит от вируса-возбудителя (табл. 2)

Число осложнений при ОРВИ, особенно в эпидемические периоды, достигает 20-30%. Это прежде всего риниты, фарингиты, тонзиллиты, ларингиты, трахеиты,

бронхиты, пневмонии (первичные вирусные и вторичные бактериальные), а также синуситы, обострения хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы, почек и мочевыводящих путей. Основные причины осложнений нарушения иммунной защиты, приводящие к длительно протекающим иммунодефицитам, сочетающимся с резким снижением антибактериальной резистентности организма. Особое место среди осложнений занимает синдром поствирусной астении (СПА), который может развиваться у 65% больных в течение 1 месяца от начала инфекции. СПА отличается пестрой клинической картиной. Ведущими симптомами СПА являются усталость, эмоциональные нарушения и различные психические расстройства (Ф.И.Ершов, 1996).

Перечень препаратов, используемых при ОРВИ широк и разнообразен. Он включает живые и инактивированные вакцины и химиопрепараты этиотропного действия, а также препараты для иммунокорригирующей и патогенетической терапии. Тем не менее грипп и другие ОРВИ продолжают оставаться малоконтролируемыми инфекциями. Это связано не только с уже упоминавшейся выше полиэтиологичностью данных заболеваний, но и, как в случае с гриппом, уникальной изменчивостью вирусов и глобальным характером эпидемий. Распространение ОРВИ в значительной степени определяется экологической обстановкой социально-экономической ситуацией

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

наличием аллергических заболеваний и рядом других факторов. Поэтому в целом для этой группы заболеваний вакцинопрофилактика не имеет больших перспектив, так как вряд ли возможна прививка сотнями вакцин. Более перспективным следует считать использование химиотерапевтических препаратов, а так же повышение неспецифической резистентности с помощью интерферона и других иммуномодуляторов. Последние приобретают особое значение в терапии парагриппа и риновирусных инфекций, против которых до настоящего времени не создано эффективных химиопрепаратов. Максимальный клинический эффект при лечении гриппа и других ОРВИ может быть получен при сочетании применении препаратов, так как только в этом случае

спектру противовирусного действия, активен в отношении резистентных к ремантадину вирусов гриппа А;
- арбидол - синтетический химиопрепарат класса гидрохинонов. Разрешен для применения в качестве средства лечения гриппа А и В. Обладает иммуномодулирующим эффектом;
- рибавирин (вирозол) - синтетический препарат класса аномальных нуклеозидов. Разрешен для лечения респираторных-синтициальной (РС) инфекции у детей. При тяжелых РС-вирусной инфекции используется аэрозольный способ введения. Для экстренной профилактики рино-, корона-, аденовирусных инфекций и защиты групп риска (дети, лица пожилого возраста) показаны препараты интерферона. Так, выраженный клинический эффект получен при использовании бетаферона,

Таблица 3

Классификация индукторов интерферона, пригодных для клинического использования

Химическая природа	Название препаратов
<u>А. Синтетические соединения</u> 1. Низкомолекулярные (ароматические углеводороды): Флуореноны Акриданоны 2. Полимеры (дсРНК): Поли(А).поли(У) Поли(Г).поли(Ц) Поли(И).поли(Ц)	Амиксин Камедон, Циклоферон, Неовир Полудан Полигуацил Амплиген
<u>Б. Природные соединения</u> 1. Низкомолекулярные Полипеполы (производные госсипола) 2. Полимеры Двуспиральные РНК	Мегасин, Кагоцел, Саврац, Рагосин, Гозалидон Ларифан, Ридостин

достигается подавление репликации вирусов с одновременной коррекцией нарушений в системе иммунитета.

Среди химиопрепаратов, используемых для профилактики и лечения гриппа А в период эпидемий у взрослых и детей от 2 лет и старше, наиболее изучен ремантадин. Опыт массового применения препарата в течение последних 20 лет показал его эффективность, особенно при раннем назначении (в первые дни заболевания).

Из других препаратов следует упомянуть отечественные:

- дейтифорин - синтетический препарат класса бициклопантенов, который по эффективности вполне сопоставим с ремантадином, но отличается меньшей токсичностью;

- адапромин - синтетический препарат класса адамантанов. Разрешен для применения в качестве средства профилактики и лечения гриппа А и В, превосходит ремантадин и дейтифорин по

реаферона и ЧЛИ, которые используют в виде аэрозольных ингаляций. Перспективным представляется также применение индукторов интерферона (ИФН), которые можно рассматривать как новую и весьма перспективную группу противовирусных препаратов. Они представляют собой весьма разнородное по составу семейство высоко- и низкомолекулярных природных и синтетических соединений, объединенных способностью вызывать в организме образование собственного (эндогенного) ИФН. Индукторы ИФН обладают антигуморогенным, противовирусным, иммуномодулирующим и другими характерными для интерферона эффектами (Ф.И.Ершов, А.С.Новохатский, 1982; В.М.Жданов, Ф.И.Ершов, 1982; С.В.Прозоровский, Ф.И.Ершов, 1989; 1992). В результате многолетнего целенаправленного скрининга среди соединений различной природы

Индукторы интерферона для клинического использования

Препараты	Показания к применению
<p><u>Синтетические соединения</u> Низкомолекулярные Флуорены (Амиксин)</p> <p>Азотные основания (Камедон, Циклофен, Неовир) Полимеры Полудан Полигуацил</p> <p>Амплиген</p>	<p>Грипп, ОРВИ, герпес, гепатит А, энцефалит, бешенство, рассеянный склероз Острые вирусные инфекции (энцефалиты, гепатиты, бешенство, СПИД)</p> <p>Герпетические поражения глаз Грипп, гепатит В, энцефалиты, бешенство, СПИД СПИД</p>
<p><u>Природные соединения</u> Низкомолекулярные Полифенолы (Мегасин, Кагоцел, Саврац, Рагосин, Гозалидон) Полимеры Двуспиральные РНК (Ларифан, Ридостин)</p>	<p>Грипп, ОРВИ, герпес, гепатит, бешенство, энцефалит, энтеровирусные инфекции</p> <p>Грипп, ОРВИ, герпес, энцефалит, бешенство</p>

(флуореноны, акриданоны, аналоги госсипола, синтетические полинуклеотиды, природные двуспиральные РНК и др.), выявлены несколько весьма перспективных для медицины индукторов ИФН, которые имеют достаточно высокий химиотерапевтический индекс и пригодны для профилактики и лечения вирусных инфекций и ряда других заболеваний (табл. 3).

Начатое недавно широкое системное использование группы индукторов ИФН различной природы (амиксин, циклоферон, пеовир, ларифан и ридостин) показало, что их противовирусная активность, в целом, совпадает с ранее выявленной активностью экзогенных ИФН (табл.4).

Рассматривая возможности использования индукторов ИФН в педиатрии для массовой профилактики ОРВИ, следует отметить, что в настоящее время апробированным и разрешенным для использования у детей является новый отечественный препарат Циклоферон, производимый Санкт-Петербургской научно-технологической фармацевтической фирмой "Полисан". Циклоферон эффективен при наиболее массовых вирусных инфекциях (грипп и другие ОРВИ, вирусные гепатиты, герпетические поражения кожи и слизистых, пейровирусные инфекции). Кроме того, препарат оказался эффективен при хламидиозах и нейроборрелиозах. Циклоферон имеет следующие преимущества перед самим ИФН:

- в отличие от наиболее широко используемых в настоящее время рекомбинантных интерферонов Циклоферон не обладает антигешностью;
- синтез интерферонов при введении

Циклоферона сбалансирован и контролируется организмом, что предотвращает побочные эффекты, наблюдаемые при передозировках ИФН;

- даже однократное введение индуктора приводит к длительной продукции ИФН в терапевтических дозах, тогда как для достижения подобных концентраций при использовании ИФН требуется многократное введение значительных доз ИФН, срок полужизни которых составляет приблизительно 20-40 минут. Это может вызвать ряд известных побочных эффектов и значительно увеличивает стоимость интерферонотерапии, особенно при многомесячном использовании препаратов (онкозаболевания, вирусные гепатиты и др.);

- и, наконец, Циклоферон обладает уникальной способностью "включать" синтез ИФН в некоторых популяциях клеток или органах-мишенях, что, в ряде случаев, имеет определенные преимущества перед оптимизированной стимуляцией иммуноцитов ИФН.

Применение индукторов ИФН в педиатрии для профилактики ОРВИ следует считать перспективным. Однако, широкое использование для этой цели иммуномодуляторов (дибазол) нельзя считать неоправданным. Дибазол, согласно нашим клинике-лабораторным наблюдениям, обладает кратковременным защитным действием, длящимся примерно 24 часа с момента приема препарата. Поэтому он используется 2-3 раза в день в течение 5 дней, то есть годен для экстренной профилактики в начале эпидемии или в первые часы после инфицирования (подобно ремантадину). До сих пор неизвестна эффективность дибазола в

отношении более 200 других, кроме гриппа, респираторных вирусов (адено-, короно-, парамиксо-, РС-, риновирусов и т.д.). Наконец, основная фармакологическая активность дибазола как вазодилатора исключает возможность его использования при гипотонии, столь распространенной среди детей.

Более оправдано включение иммуномодуляторов в план лечения вторичных иммунодефицитов, развивающихся в результате длительно

возбудителей значительно изменяется, но среди возбудителей также присутствуют *Str.pneumoniae* (2-7%), *H.influenzae* (9-24%), *Str.pyogenes* (9-10%) и *Staph.aureus* (6-16%). У детей до 5 лет возбудителем является *M.catarrhalis*, а не анаэробная микрофлора. Другая проблема - ЧБД, имеющие от 6 до 12 эпизодов инфекций ВДП в год. Половина таких случаев при неадекватной терапии осложняется латентным или явным синуситом и поражением нижних дыхательных путей.

Таблица 5

Основные возбудители инфекций верхних и нижних дыхательных путей

Микроорганизм	Синусит	Отит	Тонзиллит	1 Бронхит
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	—	+++	+	+++
<i>Haemophilus influenzae</i>	+++	+++	+	+++
<i>Streptococcus viridans</i>	+	+	+++	+
<i>Streptococcus pyogenes</i>	+	+	+++	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>		+	+	++
<i>Klebsiella ozaenae</i>	+			
<i>Staphylococcus aureus</i>	+	+	++	+
<i>Moraxella catarrhalis</i>	+++	+++	+++	+++

текущих вирусных инфекций. Кроме того применение иммуномодуляторов показано в следующих случаях:

- 1) начавшийся сезонный подъем инфекционной заболеваемости;
- 2) посещение районов, гиперэндемичных по инфекционным заболеваниям;
- 3) в группах риска, связанных с иммуно-и интерферонодефицитами.

Особую группу в плане высокого риска ОРВИ составляют дети с иммунологической недостаточностью, которые особенно тяжело болеют. Среди осложнений инфекций верхних дыхательных путей (ВДП) на первом месте стоят синуситы, за ними идут отиты и тонзиллофарингиты.

Синуситы могут являться причиной тяжелых осложнений вплоть до слепоты, развития менингита, абсцесса головного мозга, что может привести к летальному исходу. Исследования последних лет показывают, что наиболее частыми возбудителями острых риносинуситов являются *Str.pneumoniae* (25-30%), *H.influenzae* (15-20%), *M.catarrhalis* (15-20%), *Str.pyogenes* (бета-гемолитический стрептококк группы А) (2-5%), *Staph.aureus* (до 5%), и иные возбудители (20%). При обострении хронического процесса спектр

Вторым по частоте встречаемости осложнением заболеваний ВДП являются средние отиты. Как показали исследования в США, 62% детей переносят отит в течение первого года жизни, а к трем годам 95% детей имеют в анамнезе эту патологию. Наличие экссудата в барабанной полости отмечается у 53% детей на фоне отита, причем у 30% имеется тенденция к рецидивам. Появление экссудата в барабанной полости ведет к длительному (до 3-х месяцев) снижению слуха, а в последующем, при рецидивирующем течении - к хроническому экссудативному отиту, адгезивному процессу и тимпаносклерозу, которые являются причинами стойкой тугоухости, требуют сложных микрохирургических вмешательств и слухопротезирования. Кроме того, острые отиты нередко становятся причиной тяжелой внутричерепных осложнений (абсцесс головного мозга, менингит, тромбоз венозных синусов), пареза лицевого нерва, развития остеомиелитического процесса с деструкцией различных отделов височной кости. Бактериологические исследования показали, что преобладающей микрофлорой, вызывающей острые средние отиты у детей, являются *Str.pneumoniae*,

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

H. influenzae и *M. catarrhalis*, в то же время при хронической инфекции доля этих возбудителей составляет 7, 15 и 10% соответственно (в сумме 32%) (табл. 5).

Третьей важнейшей, проблемой оториноларингологии, неразрывно связанной с повседневной работой педиатра, является рациональная терапия острых ангин, тем более, что с ними связано до 80% наиболее опасных и тяжелых осложнений, течение которых может оканчиваться инвалидностью и даже летальным исходом. Более половины случаев ангин у детей (в возрасте до трех лет практически в 95% случаев) носят вирусный характер. Эффективность лечения банальной ангины, вызываемой более чем в 50% случаев *Str. pyogenes*, природными к полусинтетическими пенициллинами резко снизилась. В настоящее время подобное лечение неэффективно в 30% случаев, а персистенция бета-гемолитического стрептококка А в лакунах миндалин после повторных курсов лечения природными пенициллинами может составить до 60%. Это явление может быть связано с тем, что в носоглотке, гортаноглотке и в глубине лакун миндалин (особенно у больных с хроническим тонзиллитом) часто присутствуют *H. influenzae*, *Staph. aureus* и *M. catarrhalis*, продуцирующие в 44-100% случаев бета-лактамазы. Это делает терапию природными пенициллинами менее эффективной и побуждает искать более эффективные классы современных препаратов (ко-амоксиклав, цефалоспорины второго поколения, макролиды).

Во всем мире, несмотря на активную разработку новых антибиотиков, отмечается рост резистентности основных возбудителей инфекций ВДП. Несмотря на обширный арсенал имеющихся лекарственных средств, современных методов хирургических вмешательств и новых физиотерапевтических методов, терапия ЛОР-заболеваний не всегда оказывается эффективной. В последние годы достижения в области иммунологии стали основной для активной разработки методов коррекции системы иммунитета у больных с различными заболеваниями ЛОР-органов. Разработка этого направления чрезвычайно важна для оториноларингологии, особенно педиатрической оториноларингологии. Именно инфекции ЛОР-органов наряду с ОРВИ отличают ту группу, которую педиатры называют ЧБД.

Достижения иммунологии, иммунохимии и иммуногенетики объясняют многие пути патогенеза заболеваний ВДП. Поэтому иммунокоррекция или "иммунная реанимация" является в настоящее время одним из главных разделов комплексного лечения хронических

заболеваний ЛОР-органов у детей и является одновременно основным направлением профилактики осложненных заболеваний ВДП.

Особое значение приобрела иммунотерапия в связи с увеличением среди возбудителей ЛОР-инфекций антибиотикорезистентных штаммов, усилением роли условно-патогенной микробной флоры в этиологии ЛОР-заболеваний у детей. Вновь возобновился интерес к иммунотерапии, столь успешно апробированной при ЛОР-патологии еще в середине 70-х годов в нашей стране. С применением иммунотерапии значительно улучшились результаты лечения хронических риносинуситов, отитов, вызванных синегнойной палочкой и протеем. (И.Л. Кручинина, 1985; Т.И. Гаращенко и соавт., 1997). Комплексная терапия у детей может осуществляться несколькими способами: 1) активная иммунизация; 2) пассивная, заместительная иммунотерапия и 3) иммунотерапия растительными препаратами и др.

Средства активной иммунизации, применяемые для лечения и профилактики острых и хронических риносинуситов, делятся на несколько групп. Из средств активной иммунизации следует прежде всего остановиться на использовании пероральных бактериальных иммуномодуляторов, интерес к которым значительно возрос в последние годы в связи с накопившимися знаниями об основных возбудителях средних отитов, синуситов и тонзиллофарингитов у детей, о механизмах антибиотикорезистентности этих возбудителей заболеваний ЛОР-органов. Интерес к пероральной иммунизации бактериальными иммуномодуляторами, определяется также усилением социальной активности, особенно у детей младшего и дошкольного возраста. В то же время возрастные возможности формирования адекватного иммунного ответа ограничены физиологическими возможностями и сроками созревания иммунной системы. Полноценный иммунный ответ становится возможным только к 6-летнему возрасту (началу школьного периода). Этот факт заставляет в настоящее время предпринимать усилия к обеспечению активного иммунитета в дошкольном возрасте за счет активной иммунизации против основных возбудителей инфекций ВДП.

Современные иммуномодуляторы могут быть условно разделены на три группы в зависимости от происхождения (микробные, химические и биологические). Первая группа составляет основу для различных вариантов пероральной иммунизации. Среди них можно выделить

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

Таблица 6

Возбудители инфекций дыхательных путей в составе иммуномодуляторов бактериального происхождения

\x ^X N ^ Основные возбудители N.	Микроорганизмы	ВП-4 НИИВС им. И.М.Меч- никова, Россия	IRS-19 "Сол вей фарма" Германия	Рибомунил "Пьер Фабр" Франция	Бронхомунал "ГП" (Бронхому- нал) "Лек", Словения
		Бактериаль- ный экстракт (лизат):	Бактериаль- ный экстракт (лизат):	Бактериаль- ные рибосомы:	Бактериаль- ный экстракт (лизат):
	Streptococcus pneumoniae		+	+	+
	Haemophilus influenzae		+	+	+
	Moraxella catarrhalis		+, а также M.flava. M.flava		+
	Streptococcus viridans				+
	Streptococcus pyogenes	+	+	+	+
	Klebsiella pneumoniae		+	+, а также протеогликан клеточной стенки	+
	Staphylococcus aureus	+	+		+
Другие возбудители					
	Escherichia coli	+			
	Proteus vulgaris	+			
	Enterococcus faecalis		+		
	Gaffkia tetragena		+		
	Klebsiella ozaenae		+		+

осложнений (таких как *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Str. viridans*, *Str. pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staph. Aureus* и *Klebsiella ozaenae*) (табл. 6).

Повышенное внимание к этому виду терапии связано с последними сведениями об особой роли лимфоглоточного кольца в обеспечении и контроле за мукозальным иммунитетом дыхательных путей (Т.А. Brown, 1996). Этот контроль построен по принципу обратной связи органа с лимфоэпителиальным симбиозом, что объединяет миндалины с центральными органами иммунитета. (А.Е. Вершигора, 1978; В.П. Быкова, 1995; 1998; P. Brandtzaeg et al, 1996).

По современным представлениям лимфоглоточное кольцо является одним из основных органов, обеспечивающих

несколько групп:

1) бактериальные лизаты (бронхо-мунал, ИРС-19)

2) мембранные фракции (биостим - не зарегистрирован в России)

3) бактериальные рибосомы, стимулированные мембранными фракциями (рибомунил).

Первая группа препаратов - очищенные бактериальные лизаты, приготовленные из различных штаммов бактерий, предназначенных для активной специфической и неспецифической иммунизации.

Наличие лиофилизированных лизатов бактерий позволяет обеспечивать формирование иммунного ответа практически ко всем значимым возбудителям как острых, так и хронических заболеваний ЛОР-органов и их

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

Таблица 7

Сравнительная характеристика препаратов для пероральной иммунизации у детей

ВП-4	IRS-19	Рибомунил	Бронхомунал
ФОРМА ВЫПУСКА			
Ампулы с раствором	Аэрозоль 20 мл (около 60 доз)	Таблетки (0.25 мг рибосом и 0.375 мг протеогликана) пакетики (0.75 мг рибосом и 1.125 мг протеогликана)	Капсулы 3,5 мг для детей
ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ			
Неспецифические и специфические звенья системного и местного иммунного ответа в верхних и нижних дыхательных путях	Неспецифические и специфические звенья иммунного ответа, в основном местного, в ВДП	В большей степени специфические, чем неспецифические звенья системного и местного иммунного ответа в верхних и нижних дыхательных путях	Неспецифические звенья системного и местного иммунного ответа в верхних и нижних дыхательных путях
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА '			
1 месяц	2 - 4 недели	6 месяцев; 1 месяц - 4 первых дня первых 3-х недель, 2-5 мес. - 4 первых дня месяца (сложная схема)	3 месяца: по 10 дней в месяц
ПОВТОРЕНИЕ КУРСА			
1-2 раза в год	Три двухнедельных курса в год	Один 6-месячный курс в год	Два трехмесячных курса в год

организм человека информацией об антигенном составе окружающего мира в постнатальный период жизни. Четкий дозозависимый характер иммунного ответа лимфоузлоточного кольца (аденоиды, небные, трубные, язычная миндалина) на разнообразные ситуации с автономной или генерализированной реакцией позволяет не только обеспечивать надежную местную защиту ВДП от возбудителей, но и формировать общий иммунный ответ. Теснейшее взаимодействие иммунных образований лимфоузлоточного кольца с подобными структурами желудочно-кишечного тракта (пейеровы бляшки, аппендикс и т.д.) дает возможность выбирать различные варианты иммунизации - системная (бронхо-мунал, рибомунил) или топическая (ИРС-19) (табл. 7).

Целесообразность использования очищенных бактериальных лизатов наиболее частых бактериальных возбудителей респираторных инфекций определяется необходимостью активного раннего формирования иммунного ответа, подготавливающего детей (особенно с В-

клеточными иммунодефицитами, склонностью к гнойным заболеваниям уха, околоносовых пазух, ангинам) к вхождению в детские коллективы. Известно, что до 30% таких детей имеют селективный дефицит IgA, IgG и низкий уровень секреторного IgA во внешних секретах уха, синусов, глотки и носоглотки. Активная иммунизация наряду с препаратами заместительной (пассивной) иммунотерапии (плазма, иммуноглобулины) становится частью курсового лечения ЛОР-патологии у таких детей, особенно при склонности к развитию флегмонозных и остеомиелитических процессов со стороны носа, околоносовых пазух, уха а также в случаях сочетанных осложнений в нижних дыхательных путях (С.Wolf, 1995).

Способность очищенных бактериальных лизатов повышать не только специфический иммунный ответ, но и активизировать неспецифическую защиту, позволяет успешно применять их в группе ЧБД (Р.Г.Артамонов, 1997; J.Paure, 1991; M.D.Gutierrez-Tarango, 1997), у которых вирусно-бактериальный синергизм нередко приводит к затяжному рецидивному

течению с чередованием инфекций верхних и нижних дыхательных путей и среднего уха (А.М.Запруднов, 1996). Ранняя иммунизация против основных патогенов снижает частоту внутричерепных осложнений заболеваний околоносовых пазух и уха у детей раннего возраста. Пероральные иммуномодуляторы, влияя на механизмы как локальной, так и системной защиты против инфекций дыхательных путей, должны стать неотъемлемой частью профилактических и лечебных курсов терапии заболеваний ВДП у детей различных возрастных групп.

Исследования последних лет показали, что смешанные вирусно-бактериальные инфекции преобладают в структуре заболеваемости у детей, поэтому программы профилактики должны быть системными и многоцелевыми. Необходимо, с одной стороны, формировать специфический иммунитет против основных возбудителей инфекций дыхательных путей, с другой - активизировать неспецифическую резистентность детского организма, создавая адаптивный противовирусный иммунитет путем применения нового поколения препаратов (индукторы интерферона, иммуномодуляторы, апробируемые гомеопатические и фитотерапевтические средства, цитокины). Такие программы должны разрабатываться ежегодно и заблаговременно тиражироваться с детских дошкольных и школьных коллективах. Представленный материал позволяет дать положительный ответ на вопрос, вынесенный в название данной статьи, - острые респираторные заболевания у детей могут и должны находиться под контролем.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Артамонов Р.Г. Иммунотерапия болезней органов дыхания у детей. Иммунокоррекция в педиатрии / Под ред. М.П.Костинова - М., 1997.- С. 34-40.
2. Быкова В.П. Роль лимфоцитарного кольца в создании иммунного барьера в слизистых оболочках // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1995; №3(4): 144-145.
3. Быкова В.П. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа // Вести, оторинолар. - 1998. -№1. - Р.41-45.
4. Гаращенко Т.И. и др. Иммунотерапия при заболеваниях ЛОР-органов у детей // Иммунокоррекция в педиатрии / Под ред. М.П.Костинова.-М., 1997.-С.40-48.
5. Ершов Ф.И., Новохватский А.С. Интерферон и его индукторы. - М.: Медицина, 1980.
6. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. - М.: Медицина, 1996.
7. Запруднов А.М. Клинико-патогенетические аспекты заболеваний органов дыхания у часто

болеющих детей. - Ковров, 1996.

8. Иммунобиология небных миндалин / Под ред. А.Е.Вершшора. - Киев, 1978.

9. Индукторы интерферона / Под ред. В.М.Жданова и Ф.И.Ершова. Сборник научных трудов Института вирусологии им. Д.И.Ивановского АМН ССР.-М., 1982.

10. Интерферон-89 / Под ред. С.В.Прозоровского и Ф.И.Ершова. Сборник научных трудов НИИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи АМН СССР.-М., 1989.

11. Интерферон-92 / Под ред. С.В.Прозоровского и Ф.И.Ершова. Сборник научных трудов НИИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи АМН СССР.-М., 1992.

12. Кручинина И.Л. Острые и хронические заболевания придаточных пазух носа у детей // Современные методы лечения. Сборник трудов 2 МОЛГМИ. -М., 1985.-С.3-11.

13. Brandtzaeg P.,Jahnsen F.L. et al. Immunobiology and immuno-pathology of the upper airway mucosa // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. - 1996. - Vol.1-2, №2. - P.22-31.

14. Brown T.A. Immunity at Mucosal Surfaces // Adv. Dent. Res. - 1996. - Vol.10, №1. - P.62-65.

15. Gutierrez-Tarango M.D. Efficacy of a bacterial extract (OM-85 BV) in preventing recurrent respiratory tract infections in susceptible children // Clin. Drug. Invest. - 1997.

16. Paupe J. Immunotherapy with an oral bacterial extract (OM-85 BV) for upper respiratory infections // Respiration. - 1991. - Vol.58. - P.150-154.

17. Wolf C.R.H. Features of oral immunization // Int. Arch. Allergy Immunol. - 1995. - Vol.108. - P.334-339.

F.I.Ershov, T.I.Garatchenko

CAN WE CONTROL UPPER RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN? AN OLD PROBLEM REVISITED

Despite availability of many options for treatment of upper respiratory infections (URI), these diseases still present many problems in the pediatric age group and sometimes may lead to such serious complications as acute epiglottitis, meningitis and intracranial abscesses etc. URI may be caused by 200 different viruses. In Russia 60-70 million people experience at least one episode of influenza a year. Vaccination against most common causative viruses is troublesome and it does not play an important role in prevention of URI. Remantadinum and interferon inductors (for instance, Cycloferonum) can be used both for prevention and treatment of URI. Control of immunodeficiency which often follows URI is essential. The most common complications of URI in children are rhinosinusitis, otitis media and sore throat. In this regard, active immunization against common bacterial pathogens causing these diseases can be provided by some modern immunomodulators (Broncho-munal, IRS-19, Ribomunyl) In conclusion, the question titling this paper might have a positive answer if a national program utilizing modern options for medical control of URI will be created.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра оториноларингологии Ростовского государственного
медицинского университета

Носовое кровотечение (НК) — одно из самых распространенных показаний к экстренной госпитализации. Пациенты с НК составляют до 20,5% всех urgentных ЛОР-больных (В.Т.Пальчун и соавт., 1998). В ряде случаев НК носят упорный, рецидивирующий, угрожающий жизни характер. В этих случаях консервативные методы лечения, как правило, не дают эффекта, что требует применения хирургических способов остановки НК (Г.М.Григорьев и соавт., 1994; С.В.Шав и соавт., 1993). Хирургические вмешательства при НК по данным различных авторов применяются у 4,5-17% больных (М.Миколаж, О.Тобрман, 1987). Их можно отнести к разряду симптоматического лечения. Основное значение при выборе способа вмешательства имеет не столько причина кровотечения, сколько локализация его источника.

с а м ы
х
распространенных
показаний
к
э к с т р е н н о
й

В последние годы в зарубежной литературе появилось разделение НК по локализации источника на передние и задние (L.H.Wurman et al., 1988; G.W.McGarry, 1991; D.J.Premachandra, R.J.Sergeant, 1993; W.Winstead, 1996; S.Elwany, H.Abdel-Fatah, 1996; H.Rudert, S.Maune, 1997). При передних НК кровоточащий сосуд, как правило, находится в зоне Киссельбаха. Диагноз заднего НК ставят в том случае, если невозможно определить его источник при передней риноскопии (O.El-Silimi, 1993), если кровотечение не удается остановить передней тампонадой или у больного наблюдается затекание крови в глотку без признаков переднего кровотечения из носа (R.A.Vidulich et al., 1995). Необходимость дифференцирования передних и задних НК объясняется различием тактических подходов при этих формах

(D.A.Randell, S.B.Freeman, 1991, A.Alvi, V.Joyner-Triplett, 1996). Кровотечения из передних отделов полости носа нередко имеют склонность к рецидивам. При рецидивирующих кровотечениях из варикозных сосудов в передней трети перегородки носа N.Lattuada, S.Marasciuolo (1989) производили хирургическое вмешательство методом сегментирования и получили положительные результаты в 82% случаев. Вмешательство заключалось в серии параллельных горизонтальных и косых разрезов слизистой оболочки до хряща в передней трети перегородки носа, целью его являлось тромбирование сосудов с последующим их рубцеванием. Внедрение метода микрориноскопии для изучения состояния сосудов перегородки носа, исследование изменений микроциркуляторного русла слизистой оболочки переднего отдела перегородки носа у больных с рецидивирующими НК позволило разработать новый вид щадящего вмешательства - хирургическое блокирование кровоточащих сосудов (Н.Ф.Федун и соавт., 1989; Ю.В.Митин и соавт., 1990). Методика вмешательства заключается в ангиотомии, то есть в пересечении только кровоточащих сосудов с помощью серповидного ножа под контролем операционного микроскопа. При этом окружающая слизистая оболочка не травмируется на протяжении, как это происходит при проведении разрезов, что позволяет сохранить ее функцию и избежать развития послеоперационных субатрофических изменений. Одной из причин рецидивирующих НК может быть деформация перегородки носа (B.J.O'Reilly et al., 1996, K.R.Jackson, R.T.Jackson, 1998). На участке искривления слизистой оболочка истончается и даже незначительная травма ее приводит к кровотечению. Нарушение носового дыхания вследствие искривления перегородки носа ухудшает венозный отток из полости носа. Застойные явления в слизистой оболочке способствуют возникновению повторных НК. В связи с

вышеизложенным больным с НК целесообразно производить подслизистую резекцию перегородки носа при наличии ее искривления в ранние сроки (В.М.Аксенов, Д.Д.Кварая, 1981, В.М.Аксенов и соавт., 1997).

Подслизистая резекция перегородки носа показана не только при локализации источника в атрофичной слизистой оболочке на вершине шипа или гребня, но и в тех случаях, когда источник кровотечения локализуется в труднодоступной из-за наличия искривления области или он не обозрим из-за выраженной деформации перегородки носа (М.Х.Поркшеян, Е.Т.Кристостурян, 1983, И.А.Яшан, Г.С.Протасевич, 1985). В этих случаях обеспечить эффективную тампонаду носа удается только после устранения указанных деформаций.

В литературе имеется сообщение об успешной остановке тяжелого рецидивирующего носового кровотечения применением частичной подслизистой резекции перегородки носа у ребенка с нарушениями свертывающей системы крови, обусловленной тромбастенией Гланцмана (J.L.Guarisko et al., 1987). Что же касается другого системного заболевания - наследственный геморрагической телеангиэктазии (болезни Рандю-Ослера-Вебера), то данная патология оказывается резистентной к традиционно применяемым хирургическим методам лечения НК, в том числе и к операциям на перегородке носа (J.Lohar et al., 1987, E.E.Rebeiz et al., 1995).

U.L.Cumberworth et al. (1991), проведя сравнение двух наиболее распространенных способов хирургического лечения НК, пришли к выводу, что подслизистая резекция перегородки носа дает лучшие результаты, чем перевязка сосудов на протяжении. Авторы рекомендуют выполнять подслизистую резекцию перегородки носа в случаях, когда не удается остановить НК 48-часовой тампонадой. При отсутствии деформаций перегородки носа для лечения рецидивирующих НК может быть использована отслойка мукоперихондрия перегородки носа (В.Г.Зенгер, О.В.Дерюгина, 1994, В.Т.Пальчун и соавт., 1998).

Кровотечения из задних отделов полости носа составляют от 5% до 25% всех НК, и именно они представляют наибольшие трудности для лечения, требуя применения хирургических способов остановки НК: перевязки сосудов на протяжении, селективной внутрисосудистой эмболизации и др. Показаниями к хирургическому лечению НК из задних отделов носа являются невозможность остановить кровотечение задней тампонадой в течение 48 часов (J.Waldron,

N.Stafford, 1992, R.A.Viducich et al., 1995) и снижение гематокрита до 38% и менее (D.A.Barlow et al., 1997).

Если источник находится выше средней носовой раковины, то причиной кровотечения вероятнее всего является повреждение одной из решетчатых артерий, расположение кровоточащего сосуда ниже средней носовой раковины связано с повреждением ветвей внутренней верхнечелюстной артерии (В.М.Бобров, 1997, R.Seifert, M.Hulse, 1983). Перевязка передней и задней решетчатых артерий производится доступом через орбиту, то есть, лобно-носовым разрезом по Киллиану с отслойкой периоста глазницы до передней части решетчатой кости и наложением клемм на указанные артерии у их входа в соответствующие отверстия в бумажной пластинке. При посттравматических кровотечениях из решетчатой артерии, отличающихся тяжелым клиническим течением, методом выбора является широкое вскрытие клеток решетчатого лабиринта наружным подходом или трансантрально с последующей тугой тампонадой этой области (М.А.Шустер и соавт., 1983; 1989).

В практике оториноларингологов накоплен достаточно большой опыт применения трансантральной перевязки внутренней верхнечелюстной артерии (ВВА) для остановки НК. Эффективность этого сравнительно простого вмешательства составляет от 80% (D.W.Barlow et al., 1997) до 95% (L.W.Welsh et al., 1990). L.Wang, D.H.Vogel (1981), проанализировав 327 историй болезни лиц, лечившихся по поводу НК в 1970-1971 г.г., установили, что у 79 больных наблюдалось кровотечение из задних отделов полости носа, по поводу чего им была произведена задняя тампонада. В 26,2% случаях она оказалась неэффективной, в связи с чем этим больным были произведены перевязки сосудов: ВВА, передней решетчатой и наружной сонной артерии. В группе больных, которые лечились с помощью задней тампонады, число осложнений было больше (68,8% и 40%), средняя продолжительность пребывания в стационаре также оказалась больше по сравнению с группой больных, подвергшихся хирургическому вмешательству (7,8 и 5,6 дней соответственно).

Анализ случаев неэффективных вмешательств на ВВА (R.Metson, R.Lane, 1988, L.W.Welsh et al., 1990, DJ.Premachandra, RJ.Seageant, 1993) и изучение топографо-анатомических особенностей ВВА и ее ветвей в крылонебной ямке (С.В.Рязанцев и соавт., 1990, DJ.Premachandra, RJ.Seageant, 1993) позволили выявить причины неудач. Ими следует считать:

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

1. Малый диаметр ВВА на стороне кровотечения. В этом случае превалирует коллатеральное кровоснабжение из внутренней сонной артерии по передней и задней решетчатых артериям, либо из лицевой и менингеальной артерий ипсилатеральной стороны.

2. Большая вариабельность конфигурации ВВА и ее ветвей, затрудняющая поиск нужных сосудов.

3. Отсроченное развитие компенсаторного коллатерального кровообращения и возобновление кровотечения.

4. Технические причины — соскальзывание артериальной клипсы, неадекватность перевязки артериального сосуда.

Чтобы уменьшить число неудач при выполнении трансантральной перевязки ВВА, рекомендуют по возможности полностью удалять заднюю стенку верхнечелюстной пазухи и всю жировую клетчатку из крылонебной ямки, накладывая пару зажимов на проксимальную часть ВВА, лигировать нисходящую небную, основно-небную, переднюю и заднюю решетчатые артерии. Предотвратить неудачи и потенциальные неврологические и офтальмологические осложнения помогает ангиография. Когда ангиография выявляет значительные нарушения в системе ВВА, а также функционирующие назо-орбитальные анастомозы, остановка НК должна осуществляться другими способами.

D.R.Maceri, K.H.Makielski (1984) предложили производить внутриротовую перевязку ВВА, для чего производят разрез слизистой оболочки задней поверхности верхней челюсти от уровня 2-3 моляра до десно-щечной борозды и книзу вдоль восходящей ветви нижней челюсти. После удаления щечного жирового комка пальцем слепо раздвигают рыхлую соединительную ткань. Находят место прикрепления височной мышцы внутри от восходящей ветви в области верхушки венечного отростка. Височную мышцу отсепааровывают от внутренней поверхности восходящей ветви нижней челюсти. Через пространство между восходящей ветвью латерально и пучком височной мышцы медиально находят и перевязывают ВВА. Альтернативой перевязке ВВА может быть перевязка основно-небной артерии (ОНА) (W.Winstead, 1996) или ее коагуляция эндоназальным подходом (H.Rudert, S.Maune, 1997).

Некоторые авторы (M.Mikolai, O.Tobman, 1987, J.Waldron, N.Stafford, 1992) при остановке тяжелых НК отдают предпочтение перевязке наружной сонной артерии (НСА). Преимущества этой операции - простота и скорость выполнения,

она не требует общего обезболивания, специального инструментария и оборудования, что делает ее в ряде случаев методом выбора. Вместе с тем, сравнительное изучение отдаленных результатов перевязок НСА и ВВА (P.Spafford, J.S.Durham, 1992) выявляет более частые рецидивы НК после лигирования НСА (9 из 20 больных, то есть 45%) по сравнению с перевязкой ВВА (3 из 29 больных, то есть, 10%). Надо полагать, что чем дальше от кровоточащего участка сосуда наложена лигатура, тем выше вероятность развития коллатерального кровообращения и рецидива кровотечения. Это обстоятельство побуждает искать способы воздействия непосредственно на участок кровотечения. Так, R.G.Anderson и соавт., (1984) предложили производить коагуляцию кровоточащих сосудов, расположенных в задних отделах полости носа специальным гибким электрокаутером-отсосом, введенным в носоглотку и задние отделы полости носа через рот под контролем большого гортанного зеркала после оттягивания мягкого неба резиновым катетером. Для лучшего обзора авторы мобилизовали перегородку носа и нижнюю носовую раковину.

Возможности обнаружения источника кровотечения в задних отделах полости носа и прямого воздействия на него значительно расширились с внедрением в ринологическую практику эндоскопических методов исследования (А.С.Лопатин, 1998, G.W.McGarry, 1991). Эндоскопическое исследование полости носа (M.Вегпа, L.Sprekelsen, 1991, S.Elvan, H.Adbel-Fatah, 1996) или микрориноскопия (A.Nicolaides и соавт., 1997, S.M.Quine и соавт., 1994) часто позволяют найти и коагулировать кровоточащий сосуд при первичном обращении, что избавляет больного от тампонады носа. Если место кровотечения не удается обнаружить, можно коагулировать все венозное сплетение дна полости носа, нижнего и среднего носовых ходов, нижней и средней раковин (L.H.Wurman, 1988).

H.Rudert, S.Maune (1997) разработали методику коагуляции ОНА в месте выхода ее через одноименное отверстие под контролем эндоскопа. Авторы производили вскрытие верхнечелюстной пазухи через заднюю фонтанеллу и удаляли медиальную стенку пазухи кзади от наложенного соустья. Основно-небное отверстие располагается на 3-5 мм кзади от края соустья. Латеральный край крылонебного отверстия удаляли с помощью фрезы, получая доступ в крылонебную ямку и коагулировали ОНА.

F.Legent и соавт. (1986) применили эндоназальную микроринохирургическую технику для перевязки конечных ветвей

ОНА, как медиальной, так и латеральной. Среднюю носовую раковину надламывали у основания и отодвигали вверх, раскрывая заднюю часть среднего носового хода. Затем делали разрез слизистой оболочки, отступая на 1 см впереди от заднего конца средней носовой раковины вниз до нижней носовой раковины. Отсепаровав слизистую оболочку вверх, поднимаясь выше места прикрепления средней носовой раковины, проводили коагуляцию этой области.

В последние годы в практику лечения НК внедряется селективная ангиографическая эндоваскулярная эмболизация (Ю.М.Овчинников и соавт., 1997, L.S.Parties et al., 1987). Метод оказался особенно полезным в тех случаях, когда предшествующее хирургическое вмешательство, например, перевязка ВВА, оказалось безрезультатным. Селективная ангиография позволяет идентифицировать резидуальные ветви ВВА, выявить наличие коллатерального кровотока (R.S.Rosnagle et al., 1980). Ряд авторов (Т.Деитмер, G.Schuiere, 1993, Н.В.Пау et al., 1994, G.E.Klein, 1997) считают, что эндоваскулярная эмболизация является хорошей альтернативой перевязке артериальных сосудов. Эндоваскулярная эмболизация - достаточно сложная манипуляция, при которой проводится чрезкожная катетеризация бедренной артерии. Возможно введение катетера и через поверхностную височную артерию (J.Hada и соавт., 1993). Ориентируясь на результаты селективной ангиографии, производят эмболизацию ветвей ВВА и лицевой артерии, а при необходимости - поверхностной височной, восходящей глоточной, язычной артерии и т.д. (J.J.Merland et al., 1980). Материалом для эмболизации служат оксид висмута, желатиновая губка, силикон, изобутил и другие вещества, размер частиц которых колеблется от 0,1 до 0,9 см³. Особый интерес представляют сообщения, обобщающие большой опыт применения эндоваскулярной эмболизации: от 31 до 97 случаев (Т.М.Siniluoto et al., 1993, L.Elden et al., 1994, М.М.Elahi et al., 1995, D.W.Barlow et al., 1997). Эти публикации позволяют оценить эффективность данного способа, а также частоту и характер потенциальных осложнений. Рецидивы кровотечений после первично произведенной эмболизации отмечаются в 4-33% случаев, причем эффективность первичного вмешательства тем выше, чем большее число артериальных сосудов эмболизируется. Так, по данным J.Vitek (1991) при эмболизации ВВА успех был достигнут в 87% случаев, а при дополнительной эмболизации лицевой артерии - в 95%. Наиболее низкая эффективность эмболизации по ближайшим и отдаленным результатам отмечена при

болезни Рандю-Ослера (J.J.Merland et al., 1980). В ряде случаев эндоваскулярная эмболизация может вызвать тяжелые тромбоемболические осложнения: переходящий гемипарез, лицевые и головные боли в течение нескольких недель. A.J.Prescott (1988) наблюдал 10 случаев периферического паралича лицевого нерва после эмболизации ВВА, из которых 6 оказались необратимыми. Предположительная причина паралича лицевого нерва - тромбоз или эмболия одной из ветвей ВВА - каменной ветви средней оболочечной артерии, вызывающая дегенерацию внутривисочного отдела лицевого нерва. Имеются единичные сообщения о летальных исходах вследствие развития инсульта после суперселективной эмболизации по поводу НК (S.Lin, 1994).

Анализ современных способов хирургического лечения рецидивирующих НК убеждает в необходимости ступенчатого подхода к лечению данной патологии. В основу такого подхода следует положить принцип максимального приближения воздействия к источнику кровотечения, который диктуется особенностями коллатерального кровообращения слизистой оболочки полости носа. Мерами воздействия первого порядка должны быть ангиотомия или коагуляция кровоточащего сосуда с применением при необходимости коррекции эндоназальных структур для обеспечения доступа. При отсутствии возможности прямого воздействия на кровоточащий сосуд целесообразны вмешательства на приводящих сосудах. В этих случаях ангиографический контроль помогает свести к минимуму неудачи и осложнения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аксенов В.М., Кварая Д.Д. Подслизистая резекция перегородки носа с реимплантацией аутохряща и аутокости при рецидивирующих носовых кровотечениях на фоне гипертонической болезни // Вести. оторинолар.-1981.-№4.-С.47-48.
2. Аксенов В.М., Пахомов И.Л., Чифлишарова Т.В., Синеголов С.В. Носовые кровотечения и современные методы их остановки // Вестн.оторинолар.-1997.-№2.-С.33-34.
3. Бобров В.М. Угрожающие жизни кровотечения в неотложной оториноларингологии // Вести. оторинолар.-1997.-№2.-С.35-37.
4. Григорьев Г.М., Томилов И.И., Заганова Н.С., Абдулкеримов Х.Т. Об ошибках при оказании неотложной помощи при носовых кровотечениях // Рос. ринол.-1994.-Приложение 2.-1994.-С.117-118.
5. Зенгер ВТ., Дерюгина О.В. Возможности ангиографического исследования и эмболизации ветвей наружной сонной артерии при носовых кровотечениях//Рос. ринол.-Приложение 2.-1994.-С. 13-14.
6. Лопатиц А.С. Эндоскопическая хирургия заболеваний носоглотки // Рос.ршол.-1998.-№1.-С.28-32.
7. Мишин Ю.В., Юрьев Л.П., Федун Н.Ф. и др. Диагностика и лечение рецидивирующих носовых кровотечений с учетом данных микроскопии // Вести, оторинолар.-1990.-№3.-С.50-53.
8. Овчинников Ю.М., Захаров А.Г., Апостолиди К.Г. и др. Возможности контрастной ангиографии и эндоваскулярной эмболизации при кровотечениях из ЛОР-органов // Вести.оторинолар.-1997.-№2.-С.31-33.
9. Пальчун В.Т., Кунельская Н.А., Кислова Н.М. Экстренная патология носа и околоносовых пазух // Вести.оторинолар.-

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

1997.-№2.-С.31-33.

10. Поркшеян М.Х., Кристостурян Е.Т. Подслизистая резекция перегородки носа при лечении больных с носовыми кровотечениями и //Тез.докл.практ.конф.отолар. Ростов.обл., посвящ. 100-летию Д.И.Зимомпа. -Ростов-па-Дону, 1983. -С.54-57.
11. Рязанцев С.В., Крепль В.А., Русских Н.А. Топографические особенности верхнечелюстной артерии и ее ветвей в крылопальной ямке // Журн. унт. нос. и горл. бол.-1990.-№2.-С.55-59.
12. Федун Н.Ф., Юрьев Л.П., Власюк А.Н. и др. Эндоназальные хирургические вмешательства при носовых кровотечениях //VII съезд оторинолар. УССР. Тезисы докл.-Киев,1989.-С.273-274.
13. Шустер М.А., Розачикона Т.А., Яшова А.А., Азеева С.А. Хирургическое лечение больных с длительными посттравматическими носовыми кровотечениями // Вестн. оторинолар. - 1983. - №1. - С.58-62.
14. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И. Носовые кровотечения // Неотложная помощь в оторинолар.-М.: Медицина, 1989.-С.100-110.
15. Яшин И.А., Протасевич Г.С. Хирургические вмешательства на перегородке носа при носовых кровотечениях // Журн. ушн. нос. и горл. бол. - 1985.-№4.-С.62-64.
16. Aim A., Joyner-Triplett N. Acute epistaxis. How to spot the source and stop the flow // Postgraduate Medicine.-1996.-Vol.99, №5.-P.83-90.
17. Anderson R.G., Schaefer S.D., Raney L.A., Shannon D.N. A surgical alternative to internal maxillary artery ligation for posterior epistaxis // Otolaryng. Head Neck Surg.-1984.-Vol.92, №4.-P.427-433.
18. Barlow D.W., Deleygnis W.B., Pinczower E.F. Effectiveness of surgical management of epistaxis at a tertiary care centre // Laryngoscope.-1997.-Vol.107, №1.-P.21-24.
19. Bemal-Sprekelsen M. Coagulation monopolar endoscopia en las epistaxis posteriores // Acta Otorrinolar. Espanola.-199L.-Vol.42, №3.-P.177-179.
20. Cumberworth U.L., Nanda A.A., Bradly P.J. Prospective study of two management strategies for epistaxis // Journal of the Royal College of Surg. of Edinburgh.-1991.-Vol.36, №4.-P.259-260.
21. Deitmer T., Schuierer G. Angiographische Embolisierung als alternative zur L'nferbindung der Arteria maxillaris beim Nasenbluten // Laryngo-Rhino-Otologie.-1993.-Vol.72, №8.-P.379-382.
22. Elahi M.M., Parries L.S., Fox A.J. et al. Therapeutic embolization in the treatment of intractable epistaxis // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.-1995.-Vol.121, №1.-P.65-69.
23. Elden L., Mimitanera W., Terbrugge K. et al. Angiographic embolization for the treatment of epistaxis: A review of 108 cases // Otolaryngol. Head Neck Surg.-1994.-Vol.111, №1.-P.44-50.
24. Elvany S., Abdel-Fatah H. Endoscopic control of posterior epistaxis // J. Laryng. Otol.-1996.-Vol.110, №5.-P.432-434.
25. Guarisco J.L., Cheney M.L., Lejeune F.E. et al. Limited septoplasty as treatment of recurrent epistaxis in a child with Glan/mann's thrombasthenia // Laryngoscope.-1987.-Vol.97, №3.-P.336-338.
26. Itada Y., Hatlori T., Seta H. et al. Embolization of the internal maxillary artery for severe epistaxis-including an experience of the approach from the superficial temporal artery. [Japanese] // Nippon Igaku Hosh Gakkai Zasshi.-1993.-Vol.53, №2.-P.229-231.
27. Jackson K.R., Jackson R.T. Factors associated with active, refractory epistaxis // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.-1988.-Vol.114, №8.-P.862-865.
28. Klein G.E., Kole W., Karaic R. et al. Endovaskulare Embolisierung bhandlung bei unstillbarer Epistaxis // Laryngo-Rhino-Otologie.-1997.-Bd.76, №2.-S.83-87.
29. LaUuada N., Marasciuolo S. La segmentazione del Locus Valsalvae nel trattamento delle varici del setto nasale // Otonnolannologia.-1989.-Vol.39, №3.-P.251-253.
30. Legen F., Boater J.J., Wesoluch M. et al. Traitement chirurgical des epistaxis Inferet de la microchirurgie endo-nasal // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.-1986.-Vol.107, M-1.-P.31-33.
31. Lin S. Arterial embolization leading to fatal cerebral infarction // Chung Hua Erh Pi Yen Hoako Tsa Chin-Chinese Jour. of Otorhinolar.-1994.-Vol.29, №4.-P.209-210.
32. Lohar J., Sadov R., Shvili Y. et al. Surgical management of epistaxis in hereditary haemorrhagic telangiectasia // Arch. Otolaryngol.-1987.-Vol.113, №7.-P.754-757.
33. Maceri D.R., Makielski K.H. Intraoral ligation of the maxillary artery for posterior epistaxis // Laryngoscope.-1984.-Vol.94, №6.-P.734-741.
34. McGary G.W. Nasal endoscopy in posterior epistaxis: A preliminary evaluation // J. Laryngol. Otol.-1991.-Vol.105, №6.-P.428-431.
35. Merland J.J., Melki J.P., Chiras J. et al. Place of embolization in the treatment of severe epistaxis // Laryngoscope.-1980.-Vol.90, №10. P.1.-P.1694-1704.
36. Melson R., Lane R. Internal maxillary artery ligation for epistaxis: An analysis of failures // Laryngoscope.-1988.-Vol.98, №8.-P.760-764.
37. Mikolaj M., Tohrman O. Chirurgicke vykony u tezkuche epistaxis // Ces. Otolaryngol.-1987.-Vol.36, №3.-P.173-177.
38. Nicolaidis A., Gray R., Pfeleiderer A. A new approach to I he management of acute epistaxis // Clinical Otolaryngol.-1991.-Vol.16, №1.-P.59-61.
39. O'Reilly B.J., Simpson D.C., Dharmeratharn R. Recurrent epistaxis and nasal septal deviation in young adults // Clin. Otolaryngol.-1996.-Vol.21, №1.-P.12-14.
40. Parties L.S., Heeneman H., Vinuela F. Percutaneous embolization for control of nasal blood circulation // Laryngoscope.-1987.-Vol.97, №11.-P.1312-1315.
41. Pau H.W., Zanella F.E., Kehrl W. Stellenwert interventionell angiographischer Verfahren beim "Unstillbaren" Nasenbluten // Laryngo-Rhino-Otologie.-1994.-Bd.73, №5.-S.282-286.
42. Premachandra D.J., Sergeant R.J. Dominant maxillary artery as a cause of failure in maxillary artery hgation for posterior epistaxis // Clin. Otolaryng.-1993.-Vol.18, №1.-P.42-47.
43. Prescott A.J. An unusual complication of epistaxis // J. Laryngol. Otol.-1988.-Vol.102, M-2.-P.176-176.
44. Quine S.M., Gray R.F., Kudd M., van Blumenhal H. Microscope and hot wire cautery management of 100 consecutive patients with acute epistaxis - a superior method to traditional packing // J. Laryngol. Otol.-1994.-Vol.108, №10.-P.854-848.
45. Randall D.A., Freeman S.B. Management of anterior and posterior epistaxis // American Family Phvsic.-1991.-Vol.43, №6.-P.2007-2014.
46. Rebeiz E.E., Bryan D.J., Ehrlichman R.J., Shapshay S.M. Surgical management of life-threatening epistaxis in Osler-Weber-Rendu disease // Ann. Plastic Surg.-1995.-Vol.35, ML-2.-P.208-213.
47. Ro. magle R.S., Alien W.E., Kier E.L. Use of selective arteriography in the treatment of epistaxis // Arch. Otolaryng.-1980.-Vol.106, M-3.-P.137-142.
48. Rudert H., Maume S. Die endonasale Koagulation der Arteria sphenopalatina bei schwerer posterior Epistaxis // Laryngo-Rhino-Otologie.-1997.-Bd.76, N2.-S.77-82.
49. Siefert R., Hulse M. Klinische Erfahrungen mit der Gefabunterbindung bei unstillbaren Nasenbluten // HNO.-1983.-Bd.31, №5.-S.177-179.
50. Shaw C.B., Wax M.K., Wetmore S.J. Epistaxis: a comparison of treatment. [Review] // Otolaryngol. Head Neck Surg.-1993.-Vol.109, №1.-P.60-65.
51. El-Silimi O. Endonasal endoscopy and posterior epistaxis // Rhinology.-1993.-Vol.31, №3.-P.119-120".
52. Siniluoto T.M., Leinonen A.S., Kantunen A.J. et al. Embolization for the treatment of posterior epistaxis. An analysis of 31 cases // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.-1993.-Vol.119. M8.-P.837-841.
53. Spafford P., Durham J.S. Epistaxis: efficacy of arterial ligation and long-term outcome // Journal of Otolaryngol.-1992.-Vol.21, №4.-P.252-256.
54. Vidulich R.A., Blanda M., Gerson L.W. Posterior epistaxis: clinical features and acute complications // Ann. of Emergency Med.-1995.-Vol.25, №5.-P.592-596.
55. Vittek I. Idiopathic intractable epistaxis: endovascular therapy // Radiology.-1991.-Vol. 181, №1.-P. 113-116.
56. Waldron J., Stafford N. Ligation of external carotid artery for severe epistaxis // Journal of Otolaryngol.-1991.-Vol.21, M.4. -P.249-251.
57. Wang L., Vogel D.H. Posterior epistaxis: comparison of treatment // Otolaryngol. Head Neck Surg.-1981.-Vol.89, №6. - P.1001-1006.
58. Welsh L.W., Scogna J.E., Welsh J.J., Gregor F.A. A role of angiography in the management of refractory epistaxis // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.-1990.-Vol.99, №1.-P.69-73.
59. Winstead W. Sphenopalatine artery ligation: an alternative to internal maxillary artery ligation for intractable posterior epistaxis // Laryngoscope.-1996.-Vol.106, №5.-P.667-669.
60. Wurman L.H., Sack J.G., Paulson T.O., Flannery J.V. Selective endoscopic electrocautery for posterior epistaxis // Laryngoscope.-1988.-Vol.98, №12.-P.1348-1349.

N.V.Boyko

SURGICAL TREATMENT FOR RECURRENT NASAL BLEEDING

Modern tendency dictates necessity of a step-by-step approach in treatment of nasal bleeding. While many variants of nasal mucosa blood supply do exist and many collateral vessels may lead to the same place in the nasal mucosa, maximal approximation of the site of surgical intervention to the site of bleeding is essential. First-line treatment should be endonasal transection and coagulation of the bleeding vessel, in some cases with simultaneous correction of anatomical abnormalities. If this is not possible, supplying artery ligation must be the second step. In the latter case angiography can be of great help and it can minimize the risk of complications and failures.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОАЗАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИ- ЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ - БЕЗАЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОБНЫХ ПАЗУХ?

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

последние
щадящий подход к
лечению вос-
палений лобных
принципы функциональной эндоскопической и
микроскопической ринохирургии. В основе его
лежит концепция W.Messerklinger,
базирующаяся на новых данных по физиологии
и патофизиологии слизистой оболочки носа и
околоносовых пазух (ОНП) (Г.З.Пискунов,
1998). Целью функциональной хирургии ОНП
(в том числе и лобных) является восстановление
нормальной вентиляции синусов и создание
свободного анатомического сообщения между
ними и полостью носа, что создает условия для
санации очага воспаления. Вместе с тем,
необходимо сразу отметить, что хирургия
лобных пазух и поныне полна противоречий.
Одним из таких противоречий является выбор
подхода - эндоназального или экстраназального
(Д.Кеннеди, Д.Бекер, 1998). Несомненно,
эндоназальная хирургия с использованием
эндоскопической техники является наиболее
перспективным направлением.

В настоящее время, по данным Г.З.Пискунова
(1998), с использованием оптики в России
производится лишь 12,9% ринохирургических
вмешательств, а на лобной пазухе, конечно же, и
того меньше. Одной из причин, сдерживающих
внедрение данной методики, является то, что
область лобного кармана и сама лобная пазуха
являются самой труднодоступной областью для
хирургических манипуляций и наиболее
рискованной в плане развития рецидивирующих
заболеваний (Д.Кеннеди, Д.Бекер, 1998). При
манипуляциях в этой области существует риск
повреждения основания черепа, стенки глазницы,
а также потери хирургом ориентации при
сильном кровотечении (Н.В.Мишенькин, 1997).

При выполнении эндоназальных
эндоскопических операций в области лобного
кармана и дна пазухи следует по возможности

стремиться сохранить целостность слизистой
оболочки, так как самопроизвольное спонтанное
заживление раневых поверхностей после
вмешательства едва ли возможно (Р.Вебер,
Р.Кеерль, 1997), и в процессе регенерации
слизистая оболочка уже не может восстановить
нормальную плотность ресничек (Н.Могияма,
1996). Но именно остиомеатальный комплекс
подвергается наибольшей хирургической травме
во время операции, так как через него
осуществляется доступ к лобной пазухе (Р.Вебер,
Р.Кеерль, 1997). Следовательно, одной из
основных задач при выполнении
функциональной эндоназальной операции
является бережное отношение к слизистой
оболочке в области лобного кармана и лобно-
носового канала. Вместе с тем, исследованиями
А.В.Старохи и соавт. (1990) установлено, что
ввиду невозможности проведения в пазуху
ригидного эндоскопа и его чрезмерного углового
смещения при попытке визуализации передне-
базальных отделов лобной пазухи в 20,5%
наблюдений приходится прибегать к снятию
долотом лобно-носового массива, а в 14,2% -
резецировать лобный отросток в верхней
челюсти.

В подобных ситуациях операция не отвечает в
полной мере щадящим и функциональным
принципам и сопровождается значительным
повреждением лобно-решетчатой зоны, что
может привести к развитию грануляций, грубой
соединительной ткани, сужению, а в дальнейшем и
к рубцовому стенозу первоначально широкого
лобно-носового соустья (А.С.Хильдинг, I.Banovetz,
1963; Т.М.Янборисов, 1997) с последующим
образованием мукоцеле (N.Z.Schneck, 1974). И
все же М.Май, В.Шайткин (1995) предпочитают
при расширении лобно-носового соустья удалять
под контролем эндоскопа его передний край, так
называемый "клюв". По мнению Д.Кеннеди,
такие операции обоснованы лишь в тех случаях,
когда невозможно сохранить проходимость
естественного лобно-носового соустья, и
больному грозит операция наружным подходом с
облитерацией лобной пазухи. Автор
подчеркивает, что эти операции не должны быть

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

первичными в хирургии лобных пазух.

Особо следует отметить, что осмотр всех стенок лобной пазухи с помощью эндоскопа удается выполнить только в тех пазухах, передне-задний размер которых превышает 2 см (А.В.Староха и др., 1990). В тоже время, при значительных размерах лобных пазух при эндоназальном вмешательстве не во всех случаях удается осуществить полноценную санацию очага воспаления. Поэтому В.С.Козлов (1997), при гигантских размерах пазухи и поражении ее латеральных отделов применял технику W.Draf (1982), дополняя ее экстраназальной фенестрацией передней стенки. Для лечения двустороннего процесса автором предложен метод трансептальной фронтотомии, завершающим этапом которой является создание широкого сообщения обеих лобных пазух с полостью носа. В косметическом отношении третий вариант операции по W.Draf и модификация В.С.Козлова, выглядят предпочтительнее экстраназальной лобно-решетчатой трепанации, но по объему вмешательства и травматичности, на наш взгляд, не уступают последней. Однако, как указывает С.З.Пискунов (1998), создание огромных соустьев следует считать неправильным, так как это ведет к избыточной аэрации пазух, несоответствующей функциональным возможностям их слизистой оболочки. В этих условиях может развиваться воспалительный процесс, протекающий по типу мукоидной дегенерации собственного слоя слизистой оболочки, ведущей к образованию ложных кист и полипов.

Целью функциональной внутриносовой операции является восстановление нормальной вентиляции и дренажа ОНП, создающих условия для выздоровления слизистой оболочки (Р.Вебер, Р.Кеерль, 1997). Эти авторы рекомендуют стремиться свести к минимуму удаление тканей, создание открытых раневых поверхностей, травматизацию структур, а сохраняемых также применение вызывающее боров, механическое и повреждение термическое окружающих тканей, манипуляции и грубые эндоскопом, повреждением сопровождающиеся слизистой

отделов полости носа. Объясняется это тем, что чем больше образуется фибринового матрикса в результате вызванной травмой воспалительной реакции, тем более вероятно, что депонирование коллагена фибробластами приведет к формированию рубцовых синехий. Данный вывод базируется на анализе результатов замедленной киносъемки процесса естественного раневого заживления в течение первых 6 месяцев после эндоназальных операций на ОНП по поводу хронического полипозного синусита и подтвержден эндоскопическими исследованиями. При этом, у 48% обследованных в послеоперационном периоде больных, эндоскопия лобной пазухи была невозможна из-за рубцового процесса, у 13% - из-за отека и полипозных изменений слизистой оболочки решетчатого лабиринта и лобного соустья, у 9% - из-за наличия синехий в области среднего носового хода. Лишь в 30% случаев лобно-носовое соустье было широким, что позволило провести эндоскоп в пазуху и осуществить ее осмотр. Основное положение о том, что воспаление, отек и последующее

рубцевание тем более выражены, чем больше была хирургическая травма, остается вне всяких сомнений.

Т.М.Янборисов (1997), Т.М.Янборисов, Н.А.Арефьева (1998), изучая отдаленные результаты хирургического лечения больных хроническим фронтитом, отметили рецидив заболевания у 20,8% пациентов. Анализируя причины неудовлетворительных результатов, они пришли к выводу, что вероятность рецидива процесса зависит не только и не столько от формы хронического фронтита (хотя авторы указывают, что процент рецидива выше у больных с полипозно-гнойной формой), но в большей степени - от особенностей анатомического строения лобно-решетчатой зоны, которые затрудняют проведение эндоскопической операции на лобной пазухе. К таким особенностям относятся: выраженность лобно-носового массива, когда он распространяется кзади, приближаясь к задней стенке пазухи; глубокое, достигающее в отдельных случаях верхней границы пазухи внедрение передних решетчатых клеток в ее просвет, смещение межпазушной перегородки в базальных отделах в сторону пораженной пазухи, наличие в пазухе дополнительных перегородок, которые хотя и не являются сплошными, но при неблагоприятных обстоятельствах, могут разделить ее на несколько плохо дренируемых полостей.

Необходимо также учитывать и наличие атипичных вариантов расположения лобно-носового соустья, так как его задний край является одной из границ, за которой все манипуляции должны производиться с величайшей осторожностью, поскольку там расположена ситовидная пластинка и основание передней черепной ямки (С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов, 1991; А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов, 1995). Исследованиями W.Prott (1973) установлено, что сообщение лобной пазухи с полостью носа может осуществляться посредством *canalis fronto-nasalis recessualis* и *infundibularis* наряду с *canalis fronto-ethmoido-maxillaris*. Как отмечает автор, сообщение решетчатых клеток и лобной пазухи с верхнечелюстной оказалось неожиданно частой находкой.

По мнению Т.М.Янборисова (1997) при наличии сложных анатомических условий при неосложненном хроническом фронтите следует отказаться от эндоназального способа оперирования в пользу наружного доступа. Наружный подход в лечении больных с продуктивными формами фронтита рекомендует и В.Т.Жолобов (1997).

Опыт и достаточная подготовленность хирурга являются одним из главных условий (если не самым главным) для выполнения эндоназальных эндоскопических операций. По мнению J.A.Stankiewicz (цит. по А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов, 1995) вероятность осложнений у начинающего хирурга значительно больше, чем у опытного специалиста. Данное положение подтверждается собственными наблюдениями этого автора. Так, у 28% из первых 90 оперированных с использованием эндоскопа больных были зафиксированы различные тяжести осложнения, в том числе у 7 отмечались риноликворея, потеря зрения или кровотечения, потребовавшие гемотрансфузии. И это несмотря

35

на то, что всем больным до операции проводилось тщательное обследование, включающее компьютерную томографию, что далеко не всегда возможно осуществить в наших условиях. Об осложнениях, хотя и менее грозных, сообщали А.С.Лопатин, Г.З.Пискунов (1995), М.Е.Виганд (1990), Н.Стаммбергер, W.Posawetz (1990), Н.Стаммбергер (1991). Частота приводимых ими осложнений различна, вместе с тем, они встречаются даже у ринохирургов высочайшей квалификации. Уместно отметить, что процент осложнений снижается по мере накопления хирургом опыта.

И еще об одной причине, сдерживающей внедрение функциональной эндоназальной эндоскопической хирургии в странах СНГ, в том числе и на Украине. Причина эта не связана с научными исследованиями или разработками, но от этого значимость ее не менее важна. Речь идет о причине экономической, а именно, отсутствии у большинства ЛОР-специалистов возможности приобретения специального оборудования и инструментария из-за их высокой цены (Н.В.Мишенькин, 1997; Г.З.Пискунов, 1998).

И все же в последние годы и на Украине стали развивать и внедрять в повседневную практику эндоскопические методы диагностики и хирургического лечения больных с различной патологией полости носа и ОНП (С.Б.Безшапочный и соавт., 1997; 1998; В.В.Березнюк и соавт., 1998; О.В.Дюмин и соавт., 1998; Д.И.Заболотный, И.С.Зарицкая, 1998).

Не вызывает сомнения и тот факт, что эндоскопия полости носа играет главенствующую роль в постановке диагноза, объективной оценке эффективности проводимого лечения и выборе оптимального варианта хирургического вмешательства. В настоящее время функциональная эндоскопическая хирургия ОНП является методом выбора в лечении различных форм хронического синусита. И все же мы считаем, что мнение А.Н.Мельчинского (1998) о том, что эндоскопические методы диагностики и лечения должны использоваться у всех больных заболеваниями носа и ОНП, в настоящее время является несколько преждевременным. При выборе адекватного метода хирургического лечения заболеваний лобных пазух подход всегда должен быть индивидуальным. При этом наряду с комплексом эндоназальных операций по-прежнему остаются в арсенале пункционный метод с постоянным дренированием в пазухи, сочетание постоянного дренирования с эндоскопическими вмешательствами на эндоназальных структурах и при наличии соответствующих показаний - экстраназальные операции (С.З.Пискунов и соавт., 1995, 1997, 1998; В.Ю.Гришко, 1998).

Таким образом, функциональная эндоназальная хирургия является перспективным и высокоэффективным методом лечения воспалительных заболеваний лобных пазух. В настоящее время при условии соблюдения принципов функциональной щадящей хирургии право на "жизнь" имеют и эндоназальный и экстраназальный подходы, а в отдельных случаях эти методы могут дополнять друг друга. Дальнейшее совершенствование и внедрение в повседневную практику эндоскопических методов лечения больных

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

фронитом не исключает необходимости разработки и альтернативных, направленных на сохранение или восстановление функций естественного лобно-носового соустья вариантов хирургического лечения данной патологии. Выбор оптимального метода операции во многом будет зависеть от возможностей полноценного обследования больного в предоперационном периоде, характера и выраженности воспалительного процесса, вариантов анатомического строения остиомеатального комплекса и степени выраженности риделевского массива, наличия эндоскопической техники, инструментария и, конечно, опыта хирурга в выполнении того или иного вмешательства.

И

1. *Безшапочный С.Б., Сонник Н.Б., Лобурец В.В.* Ликвидация захвораювань бианосових пазах // Актуальные вопросы оториноларингологии. Материалы республиканской научной о-практической конференции оториноларингологов, посвященной 100-летию со дня рождения профессора А.М.Рейпуса. - Лушга. - 1997. - С.32-34.
2. *Безшапочный С.Б., Лобурец В.В., Крючка Т.А.* Синусоскопия в диагностике и лечении лиц с заболеваниями верхнечелюстных пазух // Журнал пуши их, носових і горло в их хвороб.-1998.-№5.-Додаток.-С. 10-13.
3. *Березнюк В.В., Соколенка Я.Б.* Приоритеты в развитии хирургического лечения лиц с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух // Журнал вупших, носових і горлових хвороб.-1998.-№5.-Додаток.-С.13.
4. *Березнюк В.В., Соколенка Я.Б., Зайцев В.С., Палиенко П.Е.* Эндоскопическая хирургия кист верхнечелюстных пазух // Журнал вупших, носових і горлових хвороб.-1998.-№5.-Додаток.-С.14.
5. *Вебер Р., Кеерль Р.* Регенеративные процессы после эндоназальных операций па околоносовых пазух // Рое. рипол. - 1997. - №1 - С.16-28.
6. *Гришко В.Ю.* Лечебная тактика при острых и хронических фронтитах // Рос. рипол. - 1998. - №2. - С.65-66.
7. *Дюмин О.В., Пухлик С.М., Холявицкий В.А.* Наш пятилетний опыт эндоскопической ринохирургии // Журнал вупших, носових і горлових хвороб. - 1998. - №5. - Додаток. - С.33-35.
8. *Жолубон В.Т.* К вопросу о классификации рипосипуситов // Рос. рипол. - 1997. - №2. - С.9.
9. *Заболотный Д.И., Зарицкая И.С.* Эндоскопия полости коса у больных хроническим гнойным гайморитом // Журнал вупших, носових і горлових хвороб. - 1998. - №5. - Додаток. - С.37-39.
10. *Кеннеди Д., Бекер Д.* Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух // Рос. рипол. - 1998. - №1. - С.4-14.
11. *Козлов В.С.* Современные возможности микроэндоскопической эндоназальной хирургии // Материалы конференции, посвященной пятилетию Российского общества ринологов. М. - 1997. - С.35-39.
12. *Козлов В.С.* Трансептальная фрототомия // Рос. рипол. - 1997. - №2. - С.58.
13. *Лопатин А.С., Пискунов Г.З.* Основные принципы функциональной внутрисосовой хирургии околоносовых пазух // Вести, оторинолар. - 1995. - №6. - С.35-40.
14. *Мельчинский А.Н.* Использование эндоскопических методов диагностики и лечения в условиях городского ЛОР-отделения // Рос. рипол. - 1998. - №2. - С.64.
15. *Мишенькин Н.В.* Современные возможности и перспективы функциональной хирургии синуситов // Рос. рипол. - 1997. - №1. - С.60.
16. *Пискунов Г.З.* Состояние функциональной эндоскопической и микроскопической ринохирургии в России // Рос. рипол. - 1998. - №1. - С.35-37.
17. *Пискунов С.З., Пискунов Г.З.* Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. - Воронеж, 1991.
18. *Пискунов С.З., Пискунов И.С., Тарасов И.В. и др.* Первые итоги выполнения эндоскопических функциональных операций при заболеваниях носа и околоносовых пазух // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1995. - №3. - С.1-6.
19. *Пискунов С.З., Тарасов И.В., Должикова Н.В. и др.* Эндоскопическая диагностика и хирургия носа и околоносовых пазух в повседневной работе // Актуальные

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

вопросы оториноларингологии. Материалы республиканской научно-практической конференции оториноларингологов, посвященной 100-летию со дня рождения профессора А.М.Рейпуса. - Алушта, 1997. - С.110-113.

20. Пискунов С.З. Некоторые анатомо-физиологические проблемы функциональной риносинусхирургии // Рос. ринол. - 1998. - №2. - С.62.

21. Пискунов С.З., Разытьков С.П., Должикова Н.В. и др. Комплексная функциональная эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух // Рос. ринол. - 1998. - №2. - С.62-63.

22. Староха А.В., Петров П.Н., Машак В.К., Ешукеев Р.Р. Топографо-анатомическое обоснование и клиническое применение оптической эндоскопии при эндоназальной хирургической санации лобной пазухи решетчатой кости // Журн. ушн. нос. и горл. бол. - 1990. - №6. - С.28-33.

23. Янборисов Т.М. Эндоназальная фронтоэтомидотомия в лечении хронического фронтита // Рос. ринол. - 1996. - №2-3. - С.106-107.

24. Янборисов Т.М., Арефьева Н.А. Сравнительная оценка методов хирургического лечения хронического фронтита // Вестн. оторинолар. - 1997. - №6. - С.22-25.

25. Draf W. Die chirurgische Behandlung entzündlicher Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Indication, Operationsverfahren, Gefahren, Fehler und Komplikationen, Revisionschirurgie // Arch. Otorhinolaryngol. - 1982. - Bd.235. - S.133-135., 367-377.

26. Hilding A.C., Banovetz J. Occluding scars in the sinuses: relation to bone growth // Laryngoscope. - 1963. - Vol.73. - P.1201-1218.

27. May M., Schailkin B. Frontal sinus surgery: endonasal drainage instead of an external osteoplastic approach // Operative Techniques in Otolaryngology - Head and Neck Surgery. - 1995. - Vol.6. - P.184-192.

28. Moriyama H., Yanagi K., Ohtory N et al. Healing process of is mucosa after endoscopic 1996. - Vol.10., N2. - P.63-66.

leanng sinus mucosa after endoscopic sinys surgery // Am. J. Rhinol. -

29. Proll W. Rontgenologische und endoskopische Befunde /u normalen und atypischen Ausführungsgängen der Nasennebenhöhlen // Z.Laryng. Rhinol. - 1973. - Bd.52. - S.96-109.

30. Schneck N.Z. Frontal sinus disease II. Development of the frontal sinus model: occlusion of the nasofrontal duct // Laryngoscope. - 1974. - Vol.84. - P.1233-1247.

31. Stammberger H., Posawetz W. Functional endoscopic sinus surgery: concept, indications and results of the Messerklinger technique // Eur. Arch. Otolaryngol. - 1990. - Vol.247. - P.63-76.

32. Scammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. - Philadelphia: Decker, 1991.

33. Wigand M.E. Endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base. - New York, Thieme, 1990.

V.V.Skorobogaty

FUNCTIONAL ENDONASAL SURGERY: IS IT A METHOD OF CHOICE FOR TREATMENT OF THE FRONTAL SINUS INFLAMMATORY DISEASES?

The author shortly reviews endonasal methods for surgical treatment of chronic sinusitis and tries to answer why this effective method is not yet a method of choice in treatment of frontal sinus inflammatory diseases, particularly in Ukraine. Further perfection of the methods of endoscopic frontal sinus surgery will not exclude necessity of development of alternative external approaches to frontal sinus diseases. Whatever method is in use, restoration of the naso-frontal ostium patency is of utmost importance. Selection of a surgical approach in every particular case depends on individual ostiomeatal unit anatomy, size of naso-frontal beak diagnostic facilities, presence of necessary equipment and surgeon's personal experience.

От редколлегии

Аналитический обзор по такому важному вопросу, как лечение воспаления лобной пазухи - весьма актуальная тема. Автор в названии статьи ставит вопрос: "функциональная эндоскопическая хирургия лобной пазухи - безальтернативный метод лечения?" У читателя возникает желание в конце статьи узнать ответ на этот вопрос. Ответ получен: "право на жизнь имеют как эндоназальный, так и экстраназальный подходы", "существует необходимость разработки и альтернативных, направленных на сохранение или восстановление функций естественного лобно-носового соустья вариантов хирургического лечения данной патологии". Вот здесь и хотелось бы знать мнение автора о том, какие направления могут быть противопоставлены наружным вмешательствам и какие - эндоскопическим, поскольку сам автор поставил такой вопрос в названии статьи. Без этого аналитический обзор становится простым перечислением краткого содержания опубликованных статей.

Кроме того, есть некоторая некорректность в сравнении работ. Например, варианты операций, предложенных В.С.Козловым и W.Draf с подходом через перегородку носа и ситуацию с дополнительными соустьями верхнечелюстных пазух при хоанальных полипах, о которых пишет С.З.Пискунов не следует сравнивать в одном предложении. Это разные вопросы, хотя они и касаются величины и функции соустья.

Нельзя согласиться и с критикой автора статьи в адрес мнения А.Н.Мельчинского о том, что "эндоскопические методы диагностики и лечения должны использоваться у всех больных с заболеваниями носа и ОНП уже в настоящее время". Время этого метода наступило уже давно, и только отсутствие инструментария и недопонимание значения эндоскопии в диагностике и лечении сдерживает его широкое внедрение. Индивидуальность подхода к лечению заболевания у конкретного пациента есть основной принцип медицины, и эндоскопия только повышает возможность правильного выбора.

Тем не менее, редколлегия считает необходимым опубликовать обзор в том виде, в котором он поступил в редакцию. Мы полагаем, что его публикация послужит пищей для размышления в поиске путей лечения фронтита. Призываем читателей обдумать эту проблему и высказать свое мнение. Мы могли бы провести дискуссию на страницах нашего журнала. Приятно отметить, что почти треть работ, цитируемых автором, опубликованы на страницах журнала "Российская ринология".

Главный редактор
Г.З.Пискунов

М.П.Ашмарин

ЩАДЯЩИЙ ВАРИАНТ ВСКРЫТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Новочебоксарская городская больница

Широкое применение эндоскопов хирургии носа и околоносовых пазух (ОНП) началось с

1978 года, когда Вольфганг Мессерклингер теоретически обосновал и показал на практике пути транспорта секрета мерцательным эпителием в ОНП (А.С.Лопатин, 1998). Первые сообщения о микрохирургических эндоназальных операциях в России появились еще в 1971 году, когда Б.В.Шеврыгин использовал микроскоп при ринохирургических вмешательствах у детей. Однако, эра в эндоскопической хирургии носа и ОНП в нашей стране действительно началась с того момента, когда в 1992 году группа ведущих ринологов России побывала в Австрии на курсе обучения в ЛОР-клинике г.Грац (Г.З.Пискунов, 1997).

За короткое время в России были организованы прекрасные центры эндоскопической микрохирургии носа и ОНП в Москве, Курске и Ярославле, на базе которых прошли специализацию и два представителя Чувашской Республики. Тогда наш регион был пятнадцатым регионом Российской Федерации среди тех 89, где была внедрена эта новая технология. С 1996 года только в Новочебоксарской городской больнице было произведено свыше 100 эндоскопических операций в полости носа и ОНП, 30 из которых были выполнены по собственной методике. К радикальным операциям по Колдуэллу-Люку за этот период нам пришлось прибегнуть только в 9 случаях, когда воспалительный процесс в верхнечелюстной пазухе (ВЧП) сопровождался внутричерепным и орбитальными осложнениями. На начальном этапе работы при операциях на ВЧП мы пользовались

приобретением опыта мы поняли, что и она не лишена недостатков, хотя, безусловно, является щадящей.

Дело в том, что при повторных вскрытиях ВЧП наружным доступом после операции по методу В.С.Козлова мы обнаружили трещины и большие фрагменты кости, смещенные в полость пазухи. Главный же недостаток этого метода заключается в том, что в передней стенке пазухи создается маленькое отверстие величиной 4 мм через которое невозможно одновременно провести эндоскоп и щипцы. С учетом этого мы несколько изменили технику вскрытия ВЧП. Трепанопункцию в области "собачей ямки" мы сначала производим тонким троакаром диаметром 2,5 мм, а затем расширяем отверстие более широкими троакарами диаметром 4 мм и 7 мм, надетыми на укороченную ушную воронку. В результате такой манипуляции в стенке пазухи образуется отверстие 7 мм в диаметре. Через такое отверстие свободно можно провести эндоскоп и рабочие инструменты для удаления полипов и расширения естественного соустья со стороны пазухи. Мелкие фрагменты кости, которые образуются во время расширения отверстия легко удаляются промыванием.

Использование бор-машины при вскрытии ВЧП ускоряет ход операции, но при этом необходимо производить разрез по переходной складке, отслаивать мягкие ткани и надкостницу, выполняя такой же объем работы на мягких тканях, как и при радикальной операции. При применении нашей методики дефект тканей не превышает 7 мм, и травматичность операции минимальна. По описанной методике прооперировано 30 больных, у 20 из которых была диагностирована гнойно-полигюзная, а еще у 10 - полипозная форма

ИЗ ПРАКТИКИ

синусита. В 15 случаях процесс был двусторонним. В возрастном аспекте группа оперированных выглядела следующим образом: моложе 20 лет - 2, от 21-30 лет - 6, от 31 до 40 лет - 15 и от 41 до 50 лет - 7 больных. Среди оперированных было 22 мужчины и 8 женщин.

Всем больным перед операцией для уточнения диагноза проводилась рентгенография ОНП или компьютерная томография. В результате у 20 больных обнаружено сочетанное поражение ВЧП и решетчатого лабиринта в 5 случаях - ВЧП, решетчатого лабиринта и лобной пазухи, еще в 4 случаях воспалительный процесс был обнаружен и в клиновидной пазухе. Всем больным производилась диагностическая пункция ВЧП с последующим бактериологическим исследованием промывной жидкости. При этом у 65% обнаружены различные виды патогенных микроорганизмов: гемолитический стрептококк - у 5, эпидермальный стафилококк - у 6, золотистый стафилококк - у 4, протей - у 2, грибковая микрофлора - у 1 больного.

В ходе операции в 25 случаях нам удалось сначала зондировать, а затем расширить естественное соустье до диаметра 6-7 мм со стороны ВЧП. Только у 5 больных этой группы пришлось произвести инфундибулотомию с наложением соустья в среднем носовом ходе. Операцию заканчивали введением дренажной трубки из фторопласта на 4-7 дней для активного промывания и оксигенации пазухи.

В первые дни после операции пациенты жаловались на небольшие боли, неприятные ощущения и легкую припухлость в области щеки. У 50% больных эта припухлость была едва заметной, общее состояние не страдало. У 6 больных отмечался подъем температуры до 37,70 С, у 4 наблюдалась эмфизема щеки, у 1 больного было небольшое кровотечение из раны. Эти осложнения в основном наблюдались в группе больных, у которых операцию выполняли без наложения швов.

У 18 больных мы закончили операцию наложением циркулярного шва через все слои вокруг трепанационного отверстия. В этой группе больных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде проводилось ежедневное

промывание пазухи изотоническим раствором с последующим введением антибиотиков в соответствии с чувствительностью микрофлоры, а также ферментативных и гормональных препаратов. В результате средняя длительность пребывания в стационаре у этих больных сократилась на 4 дня, а средний срок утраты трудоспособности уменьшился в 2 раза.

ВЫВОДЫ

1. Использование троакаров различного диаметра позволяет добиться образования оптимального по размеру отверстия в передней стенке ВЧП.

2. Наложение циркулярного шва на трепанационное отверстие предупреждает развитие осложнений, в частности, эмфиземы щеки.

3. Микрооперация на ВЧП сокращает послеоперационное пребывание больного на койке на 4 дня, при этом восстановление трудоспособности происходит в 2 раза быстрее.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Козлов В.С.* Современные возможности микроэндоскопической эндоназальной хирургии // Материалы конференции, посвященной пятилетию Российского общества ринологов. -М., 1997.-С.35-39.

2. *Лопатин А.С.* Современные методы эндоскопической хирургии неопухольевых заболеваний носа и околоносовых пазух. -М., 1998.

3. *Пискунов Г.З.* Российскому обществу ринологов — пять лет // Материалы конференции, посвященные пятилетию Российского общества ринологов. -М., 1997.-С.2-7.

4. *Шеврыгин Б.В.* Руководство по детской оториноларингологии. -М.: Медицина, 1985.

M.P.Ashmarin

MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUE FOR THE MAXILLARY SINUS SURGERY

Endonasal approach to the maxillary sinus is essential. However, some cases require external approach and revision. A method of minimally invasive opening of the maxillary sinus has been developed by the author. The method utilizes steps of routine trocar technique but it is less traumatic because of the use of three trocars of different diameter.

В.Ф.Воронкин, А.Х.Хачак, А.И.Иващенко

ЭПИТЕЛИОМА МАЛЕРБА НАРУЖНОГО НОСА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ПОЛОСТЬ НОСА И РТА

В 1980 году была описана новая форма доброкачественных опухолей сальных желез, получившая название обызвестляющей (некротизирующей) эпителиомы Малерба. В последующих публикациях это новообразование описывалось как обызвестленная карцинома, атерома, дермоид, гамартома, невус, исходящий из первичного зародышевого эпителия клеток волосяного матрикса (росткового слоя) или атипичная папиллома. Описаны единичные случаи озлокачествления, причем дважды - в низкодифференцированный плоскоклеточный рак. Опухоль встречалась преимущественно у женщин. Наиболее частые локализации - голова (область щек, околоушная область, носогубные складки) и конечности (особенно предплечье). Типичные размеры - от горошины до вишни, но иногда с кулак и даже с детскую головку (Л.П.Цыркунов, Н.А.Родионова, 1983).

В этиологии этой опухоли определенную роль играет травма. Описаны случаи ее образования на местах, где были уколы кожи, рубцы после фурункулов и абсцедирующих угрей, ожоги, укусы собак, ушибы. Происхождение некротизирующей эпителиомы дискутируется в литературе до настоящего времени. Малерба связывал субстрат опухоли с сальной железой. Некоторые авторы считали источником отшнуровавшиеся в процессе эмбриогенеза эпителиальные зачатки, причем один имел в виду зачатки эпидермиса, а другие - зачатки его придатков. Многие авторы относят эпителиому Малерба к опухолям волосяного фолликула (А.И.Пачес, 1983), однако случаи развития образования в стенках эпидермальных кист и частое обнаружение в опухоли их остатков говорит о гистологической связи со стенкой эпидермальной кисты (А.К.Апатенко, 1973).

Гистологическая картина опухоли характерна: между фиброзными пластинами располагаются эпителиальные тяжи, состоящие из мелких базофильных полиганглиональных клеток без четких границ со сравнительно крупным ядром. Местами клетки подвергаются орогованию. Встречаются клеточные тяжи с выраженной

теряют свойственную им базофилию. Эти "мумифицированные" тяжи, образованные клетками-тенями", являются характерным элементом опухоли. Местами среди ороговевающего и муцифицированного эпителия встречаются скопления зернистой жировой массы, которая пропитывалась известью. Наличие этих некротических масс обуславливает реактивное воспаление в окружающих соединительнотканых тяжах, в которых появляются макрофаги и гигантские клетки, а в последующем откладывается известь или имеет место метапластическое образование кости (П.Массой, 1965).

Приводим пример собственного наблюдения



Рис.1. На рентгенограмме костей наружного носа в боковой проекции видна тень образования в области наружного носа и в полости рта впереди и ниже грушевидного отверстия.

ИЗ ПРАКТИКИ

эпителиомы Малерба наружного носа с распространением в полость носа и рта.

Больной Х., 62 лет, поступил в ЛОР клинику 02.03.98. с жалобами на припухлость и покраснение наружного носа. Заболевание связывает с травмой тупым предметом, полученной 2 года назад.

При осмотре наружный нос увеличен за счет подкожного мягкотканного образования плотно-эластичной консистенции. Кожа над ним темно-красного цвета, на вершине опухоли усилен сосудистый рисунок. При пальпации образование безболезненно, спаяно с подлежащими тканями, без четких границ, размерами 5x4 см. Полость носа - без особенностей, кроме умеренного утолщения передних отделов носовой перегородки. Дыхание через нос свободное. В полости рта над верхними резцами определяется подслизистое опухолевидное образование размерами 3x1,5 см. Другие ЛОР-органы без особенностей. На рентгенограмме костей носа в боковой проекции от 26.02.98. определяется тень образования в области наружного носа и в полости рта ниже и спереди от грушевидного отверстия (рис. 1).

3 марта 1998 года под общим обезболиванием срединным разрезом по спинке наружного носа удалено образование с капсулой размерами 5x3x3 см. Его нижний полюс переходил по передней поверхности четырехугольного хряща на дно полости носа. Для лучшего обзора подслизистым путем выделен и резецирован четырехугольный хрящ. Опухоль размерами 3x1x0,5 см удалена из полости носа, по ее край переходил через край грушевидного отверстия в полость рта. Через разрез под верхней губой нижняя часть опухоли размерами 3x1x1 см удалена с капсулой. Хрящевой отдел спинки носа восстановлен с симплантацией Т-образного протеза из четырехугольного хряща.

Разрез ушит внутрикожными швами. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением. Патоморфологическое исследование подтвердило диагноз некротизирующей эпителиомы Малерба. На контрольном осмотре через 3 месяца больной жалоб не предъявлял. Форма носа правильная, ЛОР-органы без особенностей. Носовое дыхание свободное.

По нашему мнению, данный случай интересен большими размерами и необычной локализацией доброкачественного новообразования наружного носа и редкостью описанной формой эпителиомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антеев К.А.* Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи. - М.: Медицина, 1973. - С.71-75.
2. *Массой П.* Опухоли человека. - М.: Медицина, 1965. - С.137-138.
3. *Пачеса И.* Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983. - С.40.
4. *Цыкунов Л.П., Родионова Н.А.* Обызвествляющаяся эпителиома Малерба // Вести, дерматол. венерол.-1983.-№3.-С.37-41.

V.F.Voronkin, A.H.Hachak, A.I.Ivachenko EPITHELIOMA OF EXTERNAL NOSE EXTENDING INTO THE NASAL AND ORAL CAVITIES

A case of a giant Malerb's epithelioma of external nose extended into the nasal and oral cavities and successfully treated surgically is presented.

ПОДПИСКА-99

Уважаемые читатели!
Продолжается подписка на наш журнал на 2 полугодие 1999 года. В этом полугодии выйдет два номера журнала. "Российская ринология" включена в каталог "Роспечати" под индексом 72994, и подписаться на нее можно в любом отделении связи, как в России, так и в странах СНГ. Стоимость подписки на второе полугодие — 40 рублей плюс оплата почтовых услуг. Пожалуйста, не забудьте подписаться на наш журнал!

Ф. СПИ

Министерство связи РФ
ГПС "Моспочтамт"

АБОНЕМЕНТ на журнал **72994**
Российская
Ринология

(индекс издания)

(наименование издания)

Количество комплектов

на 19 год по
месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

ПВ	место	ли-тер

Доставочная карточка

на журнал **72994**
Российская
Ринология

(индекс издания)

(наименование издания)

Стоимость Количество комплектов

год по месяцам:

на 19

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

VII международный конгресс детских оториноларингологов

7-10 июня, 1998, Финляндия, Хельсинки

международный

конгресс
детск

VII

их

оторино-ларингологов,
прошедший с 7 по 10
июня 1998 года в
столице Финляндии
Хельсинки, собрал

рекордное количество делегатов (более 1000) из 52 стран Мира, со всех континентов Земного шара. Основной особенностью данного конгресса стал глубокий анализ фундаментальных достижений медицины, таких как молекулярная биология, генетика, геновая инженерия, вирусология и микробиология; иммунология и их интеграция в педиатрическую оториноларингологию. Были обобщены сведения о достижениях последних десятилетий, нацелен взгляд на проблемы детской оториноларингологии XXI столетия (R.Ruben, США).

Примечательно, что одной из самых больших была делегация из России, тогда как на предыдущем конгрессе в Роттердаме она состояла из трех человек. В конгрессе приняли участие 52 представителя ведущих педиатрических клиник России, среди которых были члены-корреспонденты РАМН А.А.Ланцов и М.Р.Богомильский, профессора М.Я.Козлов, З.А.Цветков, С.В.Рязанцев, В.С.Козлов, Н.К.Санжаровская, Л.М.Ковалева, Т.И.Гарашенко). Были представлены педиатрические школы Санкт-Петербурга, Москвы, Ярославля, Волгограда, РМАПО (Е.П.Карпова), МНИИ уха, горла и носа (Г.Д.Тарасова, А.С.Юнусов), ММА им.Сеченова (Ю.Л.Солдатский), Всероссийского центра аудиологии (Н.А.Милешина). Российскими участниками было сделано 10 устных и 12 постерных докладов, а два участника Российской делегации стали победителями конкурса молодых ученых (И.Фадеева, Т.Макарова).

Основные вопросы, представляющие общий интерес для всех участников конгресса, были сконцентрированы в пяти пленарных заседаниях и отражали основные направления развития педиатрической оториноларингологии, а 20 монотематических симпозиумов осветили современные вопросы отологии, ларингологии, ринологии, отоневрологии, иммунологии, тонзиллярной патологии. Вопросам ринологии было посвящено два симпозиума, а важные для ринологии направления, такие как микробиология, иммунология, пороки развития, генетические аспекты, онкология, освещались еще на шести симпозиумах.

Ведущим сообщением в разделе фундаментальных исследований стал доклад D.J.Liin (США) о достижениях и современных направлениях в развитии оториноларингологии. В

нем утверждалось, что основной прорыв будет сделан в области молекулярной биологии, создающей принципиально новые методы лечения и позволяющей идентифицировать гены основных ЛОР-заболеваний, в частности глухоты, мукоцилиарной недостаточности, синдрома внезапной смерти во сне, тонзиллярной патологии. В докладе особо подчеркивалась необходимость улучшения диагностики вирусных заболеваний, а также типирования микробных возбудителей, поскольку современная антибактериальная терапия требует взвешенного подхода и реальных знаний о бактериальной резистентности современных штаммов возбудителей.

Чрезвычайно важное для ринологии пленарное заседание было посвящено развитию микробиологических проблем в педиатрической оториноларингологии. Основной доклад "Клиническое значение различных возбудителей" (K.Prellrier, Швеция) затронул стратегию лечения инфекций ВДП. Ведущей микрофлорой становятся пневмококк и моракселла; осложненные формы связаны с *H.influenzae*, аденоиды и тонзиллофарингиты вызываются р-гемолитическим стрептококком группы А. Выбирая антибиотик, следует помнить, что до 90% этих возбудителей продуцируют (3-лактамазы, что снижает эффективность амоксициллина и природных пенициллинов, а у 40-42% возбудителей отмечается резистентность к макролидам.

Эмпирическая терапия острых синуситов у детей должна базироваться на ко-амоксиклавах и цефалоспоридах. Особенно важна рациональная антибиотикотерапия в отношении пенициллин-резистентных пневмококков, которые вызывают рецидивирующие процессы (синуситы, отиты), имеющие серьезные осложнения. Подробные данные были приведены в докладе G.Kanlmeter (Швеция). Отмечено, что если резистентные штампы *Str.pneumoniae* в северных странах составляют лишь несколько процентов, то в Испании, Венгрии и Южной Африке они достигают 60-70%. Еще одинстораживающий момент связан с устойчивостью *Str.pyogenes* к макролидам, являющихся основой терапии аденоидитов и тонзиллофарингитов. Сложность терапии риносинуситов и фарингитов у детей, как подчеркивалось в докладе P.Marchisio (Италия), связана с отсутствием четких представлений о нормальной микрофлоре, особенно в возрастном аспекте. Условно-патогенная микрофлора и атипичные возбудители, высеваемые из полости носа ребенка, являются адаптированными к данному возрастному периоду, поэтому не всегда их присутствие должно стимулировать врача к назначению антимикробной терапии.

Положения пленарной сессии по

ХРОНИКА

микробиологии обсуждались и на симпозиуме оториноларингологии сообщение было сделано "Риносинуситы у детей", под председательством G.K.Scadding (Великобритания). Оно касалось V.J.Lund (Великобритания). В докладах развития иных путей и методов лечения G.Scadding (Великобритания) и P.A.R.Clement (Бельгия), которые были посвящены проблемам организации обработки помещений и домашних консервативного лечения хронических животных, рационального питания с риносинуситов, поднимались вопросы о роли дозированным поэтапным введением белков. иммунодефицита, мукоциллиарной Абсолютно категоричное отношение было недостаточности в их патогенезе, необходимости высказано к пассивному курению (J.Vinke, строго направленного использования Нидерланды). Подчеркнуто значение антибиотиков, осторожного применения сопутствующих очагов хронической инфекции в цефалоспоринов тетрациклинов, фторхинолов, и в развитии аллергии у детей, необходимости связи с этим возможностью применения вакцин, двухнедельных курсов антибиотикотерапии (при особенно у детей со склонностью к круглогодичных процессах до - трех месяцев), как рецидивирующему и хроническому течению профилактики обострений очагов инфекции на заболевания. Одним из ключевых выступлений фоне базисной терапии. Пути совершенствования стал доклад H.Stammberger (Австрия), методов лечения аллергических ринитов у детей, обобщивший возможности и пути развития по мнению докладчика, лежат в иммунотерапии эндоскопической хирургии при хронических (специфической и неспецифической), синуситах у детей. В нем было подчеркнуто, что совершенствовании гомеопатического метода, хирургические вмешательства в полости носа использовании интерферонов и должны быть строго определены возрастными интерферонотерапии, вакцинации, рамками (хирургия "шаг за шагом"). Только иммунокоррекции, муколитиков и исчерпав все возможности консервативного мукопротекторов. лечения, следует прибегать к хирургическим На симпозиуме "Обструкция полости носа и вмешательства. Следует отказаться от новообразования" (модератор проф. В.С.Козлов, радикальных операций и перейти к различным Россия) были продемонстрированы возможности вариантам реконструкции в области хирургических вмешательств при ангиофибромах - остиомеатального комплекса и носовых раковин. O.F.Unal (Турция), M.Weidenbecher (Германия), O достаточности хирургических вмешательств в А.А.Ланцов (Россия), N.N.Patel пределах передней группы околоносовых пазух у (Великобритания), выполняемых на фоне детей говорил и M.P.Clemente (Португалия), на эмболизации магистральных сосудов, симпозиуме по аллергии носа у детей. Даже при компьютерного и МРТ-мониторинга. Блестящие полипозных синуситах следует оперировать возможности эндоскопической хирургии при только в пределах передней группы околоносовых данной патологии были продемонстрированы пазух. Эти же мысли прозвучали и в докладах H.Stammberger (Австрия) в его специальной G.Katona (Венгрия) и J.Kassperbauer (США), в лекции, касавшейся также вопросов декомпрессии которых приводились данные по внутриносовой зрительного нерва и пластики ликворных свищей. хирургии муковисцидоза. Технические достижения эндоназальной хирургии

Открывая симпозиум "Диагностика и терапия были отражены в докладах: В.С.Козлова (Россия) аллергических заболеваний носа у детей" и делая "Микрошейвер в хирургии ЛОР-органов у детей", сообщение о возможностях диагностики, D.Passali B.Schmelser (Бельгия) "СО₂-лазерная хирургия (Италия), подчеркнул значение передней гиперпрофических ринитов", M.Revonta риноманометрии и акустической ринометрии в (Финляндия) "Ультрасонография со исследовании дыхательной функции носа у детей. светодиодным дисплеем - скрининговое Особое внимание уделялось мукоциллиарной исследовании при острых синуситах" и K.Shirabe функции и диагностике первичной (Япония) - "Техника пункции верхнечелюстной мукоциллиарной недостаточности (сообщение пазухи через средний носовой ход у детей 3-4 лет". D.Holzman (Швейцария) "Респираторный Достижения эндоскопической хирургии носа дистресс-синдром у новорожденных и цилиарная сказались и на технике и результатах лечения атрезии хоан (N.R.Friedman, Великобритания;

С большим интересом обсуждались вопросы U.Renvall, Швеция). При качественно использования кортикостероидов у детей (выполненных операциях эта методика оказывается L.Malm, Швеция). Необходимо максимально более приемлемой и лучше переносится детьми. ограничить системное назначение этих препаратов Безусловно, интересными были доклады о и использовать их только у больных с сочетанной фундаментальных исследованиях в бронхиальной астмой. Интраназальные иммунологию лимфоглоточного кольца кортикостероиды с биодоступностью не более 1% (M.Casselbrant, США; B.Rynnell-Dagoo, Швеция), можно назначать непродолжительным курсом. аденоидных вегетациях и аллергической Среди антигистаминных препаратов отдавалось чувствительности (W.Fokkens, Нидерланды), роли предпочтение II и III поколению (R.Mosges, микрофлоры носоглотки в патологии уха и Германия). Особую роль у детей, в отличие от околоносовых пазух (A.Leibermann, Израиль). взрослых, играет местная внутриносовая и Поднятые на конгрессе вопросы, активные системная иммунотерапия (A.G.Palma Carlos, дискуссии, достигнутые успехи и задачи, Португалия), которая дает лучшие и более стойкие поставленные перед оториноларингологами, результаты, чем традиционные антигистаминные и позволяют надеяться на то, что достижения конца кортикостероидные препараты. Это направление в XX века дадут качественный скачок в диагностике и настоящее время считается чрезвычайно лечения ЛОР-заболеваний у детей в XXI веке. перспективным, тем более, что получены хорошие результаты и при сублингвальном применении специфических аллергенов (W.Betow, Германия).

Важное для педиатрической

Т.И.Гарашенко

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА ЕВРОПЕЙСКОГО РИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(29 июля 1999 года, 12.30-14.00. Вена, Австрия)

Присутствовали:

Исполнительный комитет: П. Ван Каувенберг (Бельгия), Х.Штаммбергер (Австрия), М.Тос (Дания), К.Ингельс (Бельгия), Л.Ф.Гример (Дания), Э.Х.Хойзинг (Нидерланды).

Национальные делегаты: Б.Берtrand (Бельгия), Р.Младина (Хорватия), П.Иллом (Дания), Р.Янковски (Франция), В.Пирсиг (Германия), А.Папавасилиу (Греция), Г.Мотта младший (Италия), С.Д.А.Ферворд (Нидерланды), С.К.Стейнсваг (Норвегия), Ж.М.Фабра-Ллопис (Испания), С.Гаммерт (Швейцария), М.Онерси (Турция), И.С.Маккай (Великобритания), А.Лопатин (Россия).

Гости: Ю.Керн (Президент Всемирного ринологического общества - IRS), Г.Реттингер (Президент Конгресса Европейского ринологического общества - ERS-2002), Д.Пассали (Вице-президент Всемирной федерации оториноларингологических обществ - IFOS), К.Янке (Президент Европейской федерации оториноларингологических обществ - EUFOS).

Президент ERS Пол Ван Каувенберг открывает заседание и приветствует А.Лопатина (нового национального делегата от России), Ю.Керна (IRS), К.Янке (EUFOS), Д.Пассали (IFOS) и Г.Реттингера (Президент ERS-2002).

Отчет секретаря ERS К.Ингельса.

Членство: Общество насчитывает сейчас 611 членов (1995 - 546; 1996 - 667; 1997 - 541).

Поскольку в ERS вновь вступили 35 человек из Израиля, эта страна может выдвинуть кандидатуру делегата, который будет представлять Израиль в ERS.

Курсы: Помимо тех курсов, которые проводятся ERS на регулярной основе и обеспечиваются стипендиями (см. ниже), под эгидой ERS были проведены следующие курсы и конференции:

1. Первая хорватская осенняя ринохирургическая школа - 21-25 сентября 1997 года, Славински Брод, Хорватия.
2. Курс по ринологии - 16-19 апреля 1997, Нанси, Франция.
3. 4-й курс по эндоскопической хирургии околоносовых пазух - 25-27 марта 1998 года, Тулуза, Франция.
4. Второй международный курс "Современная ринопластика" - 17-19 сентября 1998 года, Гент, Бельгия.
5. Вторая хорватская осенняя ринохирургическая школа - 22-25 сентября 1998 года, Загреб, Хорватия.
6. "Хирургия под контролем изображения и минимально пивазивные техники в хирургии ЛОР-органов и основания черепа" - 2-4 июля 1998 года, Тулуза, Франция.
7. Первый хорватский международный симпозиум по хирургии в сопровождении компьютера и телехирургии - апрель 1999 года, Загреб, Хорватия. Стипендии: В 1996 и 1997 году обществом выделялись по три стипендии для участия в следующих курсах:

1. Международный курс по функциональной корригирующей хирургии носа - Утрехт, Нидерланды.
2. Международный курс по функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух - Грац, Австрия.

3. "Эндоскопический подход к риносинуситам" - Лондон, Великобритания.

Стипендия для участия в Международном курсе по функциональной и эстетической хирургии носа (Ульм, Германия) также выделяется ежегодно.

Отчет казначея ERS Л.Гример.

Предложены для обсуждения следующие возможности увеличения бюджета общества:

1. Увеличение процентных начислений по вкладам путем вложения денег в другой банк.
2. Увеличение размера членских взносов.
3. Взнос за участие стипендиата в перечисленных выше курсах мог бы уплачиваться из бюджета организатора курса, тогда как ERS оплачивало бы проживание в отеле (ранее ERS всегда оплачивало и то, и другое).

4. Можно обязать организаторов конгрессов ERS уплачивать в казну общества определенный процент от спонсорских доходов (например, Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии - EAACI взимает с организаторов конгрессов 15% от суммы регистрационных взносов и 50% дохода от спонсорства). Было решено:

1. Стипендия ERS будет составлять максимум 1200 ЭКЮ, что включает и регистрационный взнос и проживание.
 2. Формируется рабочая группа в составе Л.Гример, Э.Хойзинга, К.Ингельса, И.Маккай и Х.Штаммбергера, которая изучит возможности взимания в казну общества 5-15% доходов от сбора регистрационных взносов. На два ближайших конгресса (Барселона 2000 и Ульм 2002 это распространяться не будет, так как на момент утверждения кандидатур будущие президенты конгрессов не могли предвидеть этих дополнительных расходов).
- Отчет главного редактора журнала "Rhinology" Э.Х.Хойзинга.*

Благодаря организаторам конгресса ERS, прошедшего в 1994 году в Копенгагене, редколлегия смогла получить и опубликовать дополнительно 40 статей. От участников конгресса в Генте было получено и принято в печать 6 публикаций. Обращаюсь с просьбой к Президенту конгресса в Вене отобрать среди представленных на заседаниях работ те, которые могли бы быть опубликованы на страницах журнала и передать их в редакцию. За последние 2 года журнал принес доход в размере 35000 нидерландских гульденов. Эти средства будут использованы для выпуска дополнительных номеров с библиографией опубликованных ранее статей, подборки классификаций и руководств по стандартизации в ринологии, а также на повышение качества журнала. Последнее может быть достигнуто, например, введением второго рецензента для каждой рассматриваемой статьи.

Премии ERS.

Состав жюри: П. Ван Каувенберг, Х.Штаммбергер, Л.Гример, К.Ингельс.

В категории фундаментальных исследований среди 5 поступивших работ лучшей была признана статья M.Saunders (Бристоль, Великобритания)

АННОТАЦИЯ

"Кортикостероиды вызывают апоптоз эозинофилов в полипах носа у человека: Исследования *in vivo* и *in vitro*". В категории клинических исследований среди семи представленных статей лучшей была признана работа D.Malis (Женева, Швейцария) "Аналог нейротензина Y TASP-NPY (23-26) модулирует эффект гистамина у анестезированных свиней и людей". Обе премии в размере 1500 ЭКЮ и сертификаты были вручены П. Ван Каувенбергом во время церемонии открытия конгресса. *Почетное членство.*

Почетным членом общества единогласно был избран Д.Сулсенте (Италия). Он был президентом ERS в 1982-1984 г.г. и организовывал различные курсы, проводимые под эгидой ERS. *Будущие конференции.*

Поступили две заявки на проведение конгресса ERS в 2004 году: от Греции, которая проводила подобный конгресс в 1986 году, и Турции. Кандидатуры были представлены делегатами от этих стран - А.Папавасилиу и М.Онерси. В результате тайного голосования за Грецию было подано 5 голосов, за Турцию - 10, двое воздержались. Проведение конгресса ERS в 2004 году поручено Турции. *Интернет.*

Страница ERS в Интернете была представлена К.Ингельсом. Наличие адреса в Интернете (<http://www/azn/nl/ent/ers>) дает много преимуществ. Это информация для членов общества и других пользователей, получение признания, привлечение новых членов, организация дискуссий. Расходы на обслуживание адреса в Интернете составляют 2000 нидерландских гульденов в год. Эта инициатива была одобрена, ее финансирование должно осуществляться за счет компаний, производящих лекарства и оборудование для медицины. *Другие вопросы.*

Ж.Фабра-Ллонис рассказал о подготовке к XVIII конгрессу ERS, который состоится в 2000 году в Барселоне, Г.Реттингер - о предстоящем конгрессе в 2002 году в Ульме. К.Ингельс избран представителем ERS в ЕААСИ. П. Ван Каувенберг будет координировать деятельность ERS и ЕААСИ, принимая участие в будущих конгрессах (в качестве бывшего президента). Р.Младина поднял вопрос о том, что журнал "Rhinology" включен в каталоги Excerpta Medica и Index Medicus, но его нет в Current Contents. Все требования для включения в этот каталог были выполнены, и Э.Хойзинг ежегодно подавал заявки, однако они были безуспешными. Напротив, "American Journal of Rhinology" включен в каталог. Э.Хойзинг сделает еще одну попытку, используя связи с влиятельными лицами из США, которые занимают ключевые позиции в Current Contents. Президент ERS закрыл заседание и поблагодарил членов исполнительного комитета и делегатов за их работу в прошедшие два года.

Э.П.Дербенцова

И ПОСОБИЕ ПО ПУЛЬМОНОЛОГИИ»

Аннотация

В своей новой книге "Пособие по пульмонологии" Э.П.Дербенцова охарактеризовала жалобы, анамнез и клинику заболеваний,

интерпретируя результаты современных методов исследования, в том числе вирусологических, иммунологических, путем математического анализа у пациентов с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, бронхов и легких. 40-летний опыт автора в лечении больных с легочной патологией и ее разносторонние эксперименты исследования позволили по-новому подойти к проблеме лечения данной патологии. Выделены три формы иммунного ответа у пациентов с хроническим бронхитом, соответствующие различным состояниям защитных систем организма. Это позволяет прогнозировать возможность вирусно-вирусных, вирусно-бактериальных осложнений, развития рака легкого и бронхиальной астмы. Установлено, что рецидивирующие ОРВИ и деструктивные пневмонии чаще развиваются у пациентов с иммунодефицитами.

В книге представлены результаты использования математических моделей, построенных на основе современных статистических методов, количественного клинического и лабораторного индексов тяжести. Предложены и апробированы схемы комбинированного сочетанного лечения - противовирусного, антибактериального и иммунокорректирующего. Пособие рассчитано на практических врачей (терапевтов, клинических пульмонологов, оториноларингологов, бронхологов), и может быть использовано при подготовке клинических ординаторов, на факультетах усовершенствования врачей, кафедрах пульмонологии и терапии. Книга представит интерес для специалистов в области математической обработки клинко-лабораторных данных и моделирования инфекционных заболеваний.

В книге помещены исключительно оригинальные иллюстрации, 45 клинических примеров, 43 таблицы, 76 графиков, 7 цветных эндодифографий и 12 рентгенограмм. Объем книги - 624 страницы. Настоящее пособие является логическим продолжением двух ранее опубликованных монографий: Марчук Г.И., Дербенцова Э.П. "Острые пневмонии. Иммунология, оценка тяжести, клиника, лечение". М.: "Наука", 1989 и Марчук Г.И., Дербенцова Э.П. "Острые пневмонии. Иммунология, оценка тяжести, клиника, лечение". М.: "Успех Физических Наук", 1995.

О.Г.Любская