

РЕЗЮМЕ СТАТЕЙ НОМЕРА 3 2009 ГОД

Н.В.Бойко, В.Н.Колесников, Е.А.Писаренко, Е.Е.Морозова, Л.П.Вербицкая. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА.

Изучены причины одонтогенного синусита (ОС) у 86 больных. Наиболее частыми причинами ОС оказались воспалительные процессы в области корней зубов, контактирующих с дном верхнечелюстной пазухи или выстоящих в ее просвет. Для выявления одонтогенных факторов возникновения синусита необходима спиральная компьютерная томография (СКТ) с реконструкцией в сагиттальной плоскости через причинные зубы. Адекватным средством антибактериальной терапии ОС, с учетом особенностей микрофлоры, является моксифлоксацин.

Г.М.Леонтьева, Л.М.Карзакова, Л.И.Герасимова ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО РИНОСИНОСИТА НА СИСТЕМНОМ УРОВНЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Проведено изучение показателей иммунного и цитокинового статуса на системном уровне у беременных с острым риносинуситом в сравнении с таковыми у небеременных больных синуситом и у женщин с не осложненной синуситом беременностью. Установлено, что на фоне беременности у больных с острым риносинуситом происходит усугубление депрессии клеточного механизма адаптивного иммунного ответа и не обеспечивается свойственная для указанной патологии активация гуморального иммунного ответа. Выявленные особенности иммунопатологического проявления острого риносинусита у беременных авторы связывают с повышенной продукцией ИЛ-10 и апоптозом Т-клеток, индуцированным глюкокортикостероидами.

И.С.Пискунов

ВАРИАНТЫ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ПАЗУХ ПО ДАНЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.

С целью изучить варианты анатомического строения клиновидной пазухи проведен анализ результатов компьютерной томографии головного мозга и околоносовых пазух у пациентов, прошедших исследование в отделении компьютерной томографии ОКБ г. Курска за 1996-2006 гг. Всего было проанализированы результаты исследования 12065 пациентов, большинству из которых (76,4%), томография выполнялась по поводу предполагаемой патологии головного мозга. В зону исследования входили ячейки решетчатой кости, лобные и клиновидные пазухи, а также прилежащие структуры (полость носа, верхнечелюстные пазухи, орбиты, турецкое седло, головной мозг). На основании проведенных исследований мы предложили следующую классификацию вариантов анатомического строения клиновидных пазух.

Классификация вариантов анатомического строения клиновидных пазух.

- Агенезия клиновидной пазухи - пазуха полностью отсутствует.
- Гипогенезия клиновидной пазухи – пазуха определяется в виде зачатка.
- Нормально развитая клиновидная пазуха расположена в теле клиновидной кости:
- Клиновидная пазуха расположена в передней трети тела клиновидной кости, не распространяясь далее колена внутренней сонной артерии (соответствует II степени по В.С. Майковой-Строгановой и Д.Г. Рохлину или преселлярному типу);
- Клиновидная пазуха расположена в теле кости, распространяясь под гипофизарной ямкой до сонной борозды на уровне клиновидного язычка (соответствует III и IV степени по В.С. Майковой-Строгановой и Д.Г. Рохлину или селлярному типу);
- Клиновидная пазуха занимает все тело клиновидной кости на своей стороне (соответствует V степени по В.С. Майковой-Строгановой и Д.Г. Рохлину или постселлярному типу);

- Гипергенезия клиновидной пазухи – пазуха на своей стороне занимает все тело клиновидной кости и более половины контролатеральной, в том числе в сочетании с избыточным развитием карманов.
- Клиновидная пазуха с выступами или карманами, распространяющимися в отростки или прилежащие кости.
- Многокамерная клиновидная пазуха (с полными или неполными перегородками).

Р.К. Тулебаев, С.Ж. Джандаев, Н.М. Папулова, З.Т. Жолдыбаева
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ
НОСА.

Цель: клинико-функциональное обоснование и оценка эффективности хирургического лечения больных с различными деформациями наружного носа.

Результаты: ринометрическое исследование среди обследованных больных с ТБН у значительного числа деформация носа была представлена смещением наружного носа во фронтальной плоскости – риносколиозом (67% обследованных), реже – изменениями формы носа в сагитальной плоскости – ринокифозом и ринолордозом (27,1%). У 78,2% пациентов с ТБН повреждения анатомических элементов носовой полости носили комбинированный характер. Проведенные исследования при изучении рефлекторных ринобронхиальных взаимоотношений у больных ТБН показали наличие гиперчувствительности и гиперреактивности бронхов у больных деформацией костей носа без сопутствующих заболеваний легких.

Выводы: при сравнении непосредственных и отдаленных результатов в одной и той же группе больных выявлено, что деформации наружного носа в 81,6% случаев приводят к изменению вентиляционной способности легких и в 95,1% случаев к изменению структуры ритма сердца с преобладанием парасимпатических влияний, что подтверждает существование ринобронхиального и ринокардиального рефлексов. Способы одномоментного функционального эндоназального хирургического вмешательства, осуществленные с помощью новой модифицированной конструкции устройства для остеотомии наружного носа позволяют получить хорошие и удовлетворительные результаты у 87% оперированных больных, а также сократить сроки лечения.

Л.А.Васина

Изменение мукоцилиарного транспорта полости носа при воздействии местных сосудосуживающих препаратов.

Цель исследования: определение оптимального сосудосуживающего препарата для лечения воспаления слизистой оболочки носа.

Материалы и методы: 20 здоровых добровольцев были разделены на 4 группы (1-я; 2-я, 3-я и 4-я) по 5 человек в каждой. Добровольцам 1, 2 и 3 групп вводили интраназально по 2 капли раствора топических деконгестов (ТД) однократно: в 1 группе закапывали в полость носа 0,1% раствор «Нафтизина», во 2 группе - 0,1% раствор «Ксимелина», в 3 группе - 0,05% раствор «Називина», в 4 группе (контрольная) - изотонический раствор хлорида натрия. Определение частоты биения ресничек (ЧБР) и времени мукоцилиарного транспорта (ВМТ) проводили через 40 мин., 2 ч и спустя 24 ч после нанесения лекарственных препаратов на слизистую оболочку носа.

Полученные результаты:

Топический деконгестант «Ксимелин» (0,1% р-р) и 0,9% р-р NaCl в наших исследованиях не вызывали изменений МЦТ (ВМТ и ЧБР) через 40 мин, 2 ч и 24 ч после однократного применения у здоровых добровольцев. Топические деконгестанты: «Нафтизин» (0,1% р-р) и «Називин» (0,05% р-р) приводили к удлинению ВМТ (по данным «сахаринового» теста)

и уменьшению ЧБР через 40 мин после однократного применения у здоровых добровольцев, а через 2 ч и 24 ч показатели ВМТ и ЧБР не отличались от исходных. Выводы: Для лечения воспалительных заболеваний полости носа предпочтительнее выбирать ТД, содержащие 0,1% раствор ксилометазолина («Ксимелин»).

И.В.Крайник, В.В.Михайлов, А.С.Киселев, Н.Н.Климко, Л.И.Михальчук, А.И.Крайник

РЕКОНСТРУКЦИЯ НАРУЖНОГО НОСА ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ДЕФОРМАЦИИ, ВЫЗВАННОЙ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ И АСПЕРГИЛЛЕЗОМ

Описана техника операции по восстановлению правильной формы наружного носа у больной с миелобластным лейкозом и аспергиллезом. План операции состоял в восстановлении опорности хрящевого отдела носа, устранении дефектов мягких тканей крыльев носа и стриктуры левого носового хода.

С.З.Пискунов, И.В.Тарасов, Т.Г. Быканова, А.Н.Литовка, В.В. Полозов.

РАК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА, ВЫЗВАВШИЙ НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ВСЛЕДСТВИЕ АРРОЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.

Описан случай возникновения опухоли в одной из задних клеток решетчатого лабиринта, рост которой был направлен в сторону основания черепа и верхнечелюстной пазухи, что привело к разрушению большого крыла клиновидной кости в участке, прилегающем к внутренней сонной артерии, аррозии ее стенки и профузному носовому кровотечению, закончившемуся летальным исходом. На основании данных патологоанатомического исследования опухоль не прорастала в полость носа и не вызывала нарушения носового дыхания. Резорбции костной ткани способствовало то обстоятельство, что в опухоли содержалось значительное количество фиброзной ткани. В данном случае установить диагноз можно было бы после выполнения компьютерной томографии, которое, по нашему мнению, следует выполнять во всех случаях рецидивирующего носового кровотечения.

А.Н. Демиденко, И.В. Тарасов

ВНУТРИМОЗГОВАЯ ГЕМАТОМА, КАК РЕДКИЙ СЛУЧАЙ РИНОСИНУСОГЕННОГО ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Приводится случай развития внутримозговой гематомы на фоне сепсиса и ДВС-синдрома у больного синусогенным тромбозом кавернозного синуса. Показано, что среди внутричерепных осложнений помимо воспалительных нозологий возможно развитие внутричерепного кровоизлияния, поэтому следует иметь настороженность в связи с возможностью развития ДВС-синдрома при внутричерепных осложнениях риносинусогенного генеза.

Деточка Я.В., Лопатин А.С.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

В настоящее время проблема лечения пациентов с рецидивирующими экссудативными отитами и дисфункцией слуховой трубы является достаточно актуальной. В статье представлен обзор существующих методов эндоскопической хирургии слуховой трубы, в частности с использованием различных видов высокоэнергетических лазеров, мягкотканого шейвера, электрокоагуляции и др.. Дается оценка эффективности и целесообразности эндоскопического исследования полости носа и носоглотки в диагностике и лечении дисфункции слуховой трубы и экссудативного среднего отита.

Обсуждаются преимущества применения лазеров в хирургии слуховой трубы, представлены методики существующих операций.

Т. И. Шустова, С. В. Рязанцев, Е. В. Шкабарова
МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ КРОВОТОКА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
ПОЛОСТИ НОСА

Приведен анализ 27 отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных изучению механизмов, обеспечивающих соответствие кровотока в органе уровню его функциональной активности, показаны необходимые предпосылки для научно обоснованных подходов к терапии различных заболеваний. Проанализированы подходы к выбору лекарственных средств при лечении ринопатий (ринитов).