

Использование радиоволны в качестве скальпеля и коагулятора на этапе выкраивания лоскута из слезного мешка позволяет выполнить разрез с наивысшей точностью в считанные доли секунды. Щадящее воздействие радиоволны на слизистую слезного мешка — основа для быстрой эпителизации раневых поверхностей. Его нельзя получить другими ныне известными способами, включая микродебридер, что исключило применение стентов в послеоперационном периоде.

Имея у себя в арсенале новые технологии — аргоноплазменную хирургию и радиохимию, рино- или офтальмохирург может позволить себе избежать наложения швов обычным способом (последняя не является простой процедурой). Бесшовное формирование риностомы должно стать исключением при выполнении дакриоцисториностомии.

Наложение швов на краевую ткань слезного мешка и свободный край слизистой оболочки носа должно иметь избыток этих сшиваемых тканей в 3–4 мм. Исходя из патофизиологического феномена, в основе которого лежит уменьшение площади раны в фазе рубцевания и ремоделирования, можно надеяться на формирование покатой дорожки для беспрепятственного отведения слезы. Для упрощения процедуры наложения шва нами разработан инструмент, позволяющий одним движением сшить два лоскута слизистой оболочки.

Очевидно, микроэндоскопическая шейверная дакриоцисториностомия претендует на роль основного вида лечения непроходимости экскреторной системы слезных путей. Метод МЭШДЦР должен быть известен каждому врачу, выполняющему ДЦР, но, конечно же, не как единственный метод.

Важно определение показаний для операции с целью минимизации необоснованного применения эндоназального доступа и исключения дискредитации метода (в частности, речь идет о введении в стандарт обследования пациентов с ДЦ обязательного проведения дакриоцистографии современными рентгеноконтрастными препаратами).

Послеоперационное ведение больного включает в себя промывание слезных путей для исключения заражения риностомы и лечение собственно дакриоцистита как хронического процесса, в том числе гнойного. Для этого целесообразно каждое промывание слезных путей завершать введением глазных капель, в состав которых входят, прежде всего, антибиотики широкого спектра действия.

И, наконец, вполне обоснованным является назначение лекарственных средств, физио- и ирригационной терапии, действие которых направлено на реабилитацию слизистой оболочки носа вообще и стимулирующие процессы регенерации в области риностомы в частности. Мы в своей практике использовали Димефосфон — отечественный препарат, синтезированный в институте органической и физической химии имени академика А.Е. Арбузова Казанского филиала академии наук РФ. Сочетание у Димефосфона противовоспалительной и иммуномодулирующей активности, стимулирующего влияния на регенерацию, интенсифицирующего действия на микроциркуляцию, антимикробной активности с безвредностью аппликаций на слизистую оболочку полости носа в полной мере отвечает требованиям послеоперационного ведения больных, перенесших ДЦР.

Следовательно, для достижения положительного результата в лечении ДЦ необходим системный подход — важна как тщательность самого хирургического вмешательства на основе новых технологий, так и адекватная терапия в послеоперационном периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун В.Т., Могомедов М.М. Эндоназальная микродакриостомия при непроходимости слезно-носовых путей. // Вестн. оторинолар. — 2002. № 1. — С. 25-26.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. — Миклош. 2002.- 390 с.

## НАШ ОПЫТ УДАЛЕНИЯ КРУПНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ГОРТАНИ

В.Н. БАКУМОВ, И.В. АНДРЕЕВА, Е.А. НАБАТОВА, В.В. РЕЗНИКОВ, Е.Н. ГОРЛИНСКАЯ, А.С. ДРАННИКОВ, Б.О. ШАХАБ, В.В. УСКОВА.

Государственное учреждение здравоохранения «Волгоградская областная клиническая больница № 1».

Инородные тела попадают в гортань и нижележащие отделы дыхательного пути из полости рта. У взрослых обычно это куски плохо прожеванного мяса, кости, кусочки скорлупы, зубные протезы. Иногда это скобки, пуговицы, гвозди, булавки или мелкие части игрушек, которые как дети, так и взрослые берут в рот во время игры или работы. В большинстве случаев механизм попадания инородного тела связан с неожиданным глубоким вдохом, который бывает при испуге, внезапно полученном ударе, толчке, падении, во время смеха или плача. Моментом, предрасполагающим к попаданию инородного тела в гортань, является снижение глоточного рефлекса при опьянении, некоторых заболеваниях нервной системы, местной и общей анестезии.

Попадание инородного тела в гортань обычно вызывает судорожный кашель, ощущение удушья. Фиксация крупного инородного тела в проекции дыхательной щели при отсутствии помощи приводит к асфиксии и смерти. Если инородное тело из-за своих размеров или особенностей положения не перекрыло дыхательную щель, кашель может прекратиться совсем или возобновляться при разговоре, изменении положения тела, провоцирующих смещение инородного тела. Часто наблюдается осиплость, боль в горле. Несмотря на удовлетворительное состояние пациента при несвоевременном оказании помощи постоянно сохраняется угроза развития смертельных осложнений — асфиксии, кровотечения и др.

#### Приводим собственное наблюдение.

Пациент Е., 55 лет обратился и был госпитализирован в ото-

ларингологическое отделение ГУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1» 18 августа 2004 года с жалобами на осиплость, боль в горле, периодический кашель.

Из анамнеза: шесть дней назад в состоянии алкогольного опьянения ел рыбу, почувствовал боль в горле. Кашля не было. Обратился к отоларингологу по месту жительства через 2 дня в связи с болью в горле и осиплостью. Патологии ЛОР-органов выявлено не было. На следующий день самостоятельно обратился в ближайший межрайонный диагностический центр, где до осмотра отоларинголога больной был направлен на диспансерное обследование, которое проходил в течение трёх дней. 18 августа пациент осмотрен отоларингологом, который диагностировал инородное тело гортани и направил больного общественным транспортом без сопровождения в областную больницу, расположенную в 180 км (!).

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Частота дыханий 18 в мин., пульс 78 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. При непрямой ларингоскопии подвижность гортани не ограничена, голосовые складки серые, в подскладочном пространстве справа параллельно голосовой складке на всю её длину определяется вклиненное инородное тело толщиной 0,1 см, нижний его край необозрим. Остальные лор-органы без патологии.

Произведена попытка удаления инородного тела под местной анестезией при непрямой ларингоскопии, во время которой ино-

родное тело изменило положение, создавая угрозу закрытия дыхательной щели в связи с его большими размерами. В положении лежа на спине с готовностью срочного наложения трахеостомы при прямой ларингоскопии удалено инородное тело, оказавшееся фрагментом жаберной крышки размерами 25 x 10 x 1 мм. Нарушения дыхания не было, голос восстановился. После курса противовоспалительной терапии без осложнений выписан домой.

Особенностью данного наблюдения является длительное нахождение крупного инородного тела в гортани с незначительной симптоматикой. Обращает на себя внимание недооценка медицинскими работниками опасности молниеносного развития смертельных осложнений у больных с инородными телами верхних дыхательных путей.

## ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Р.Г. БАТЫРШИН, Т.Р. БАТЫРШИН.

Казанская государственная медицинская академия.

В настоящее время вазомоторный ринит (ВР) занимает одно из ведущих мест в патологии полости носа, при этом отмечается значительный рост частоты заболеваемости среди населения (B.Sibald, E.Rink, 1991). Многофакторный этиопатогенез ВР, высокий уровень рецидивов ВР обуславливает необходимость разработки новых методов лечения с учетом особенностей патогенетических механизмов заболевания.

### Цель исследования

Изучение состояния нервного аппарата слизистой оболочки носа у больных ВР и оценка эффективности ряда консервативных и хирургических методов лечения ВР с использованием полученных результатов нейроморфологического исследования.

### Материалы и методы

В работе изучено состояние нервных элементов слизистой оболочки нижних носовых раковин, его вегетативного компонента, на препаратах слизистой оболочки нижних носовых раковин, взятых у 52 больных вазомоторным ринитом с применением гистологических и гистохимических методов. Для контроля были использованы участки слизистой оболочки нижних носовых раковин, взятые при аутопсии у погибших от случайных травм (20 случаев).

Важно отметить, что на срезах, окрашенных по Бильшовскому-Грос и по Карновскому-Рутс (для выявления холинергической иннервации), выраженных реактивных и дегенеративных изменений со стороны нервных окончаний слизистой оболочки нижних носовых раковин у больных вазомоторным ринитом, по сравнению с контрольной группой, не выявлено.

С целью исследования адренергической иннервации нами применен метод инкубации препаратов в растворе глиоксиловой кислоты по Линдвалю-Бюркунду в модификации В.Н. Швалева, Н.И. Жучковой (1990). С целью дифференциации патоморфологических и инволютивных возрастных изменений симпатических нервных структур нами были выделены три возрастные группы: группа А (от 16 до 30 лет), группа В (от 31 до 50 лет), группа С (от 51 до 70 лет).

В группе контроля при микроскопии препаратов слизистой оболочки нижних носовых раковин отмечалась интенсивная люминесценция пучков адренергических нервных волокон в подслизистом слое. В возрастной контрольной группе А была обнаружена высокая концентрация симпатических нервных образований, в то время как в группе В на фоне развитой адренергической иннервации отмечалось незначительное снижение насыщенности указанных волокон. В группе С определялась еще достаточно высокая плотность симпатических нервных образований в слизистой оболочке, однако при этом у пожилых людей имелось некоторое снижение уровня люминесценции, зоны высокой концентрации адренергических нервных элементов во многих случаях единичны и имеют очаговый характер. Эти сведения согласуются с современными, основанными на законе Кеннона-Розенблюта (1951) представлениями о естественном процессе инволюции периферических симпатических нервных образований, который в наибольшей степени изучен на примере сердца и крупных сосудов (В.Н. Швалев и соавт., 1992). Применительно к процессу де-

симпатизации это правило выражается в увеличении количества адренорецепторов и постепенном переходе симпатической регуляции на гуморальный тип у людей после 50 лет, что подтверждено исследованиями в.н.с В.Н. Швалева и соавт. (2001).

При изучении препаратов слизистой оболочки нижних носовых раковин больных вазомоторным ринитом в группе А, при сравнении с группами В и С, выявлена более выраженная концентрация симпатических нервных волокон различного диаметра, особенно по ходу артериальных сосудов и в стенках вен. На препаратах слизистой оболочки пациентов группы В видно некоторое снижение плотности указанных волокон в стенках кровеносных сосудов, местами выявляются их дегенеративные изменения. В группе С четко проявились инволютивные изменения нервных сплетений слизистой оболочки нижних носовых раковин. При анализе препаратов обнаружены единичные, слабо люминесцирующие адренергические волокна с выраженными варикозностями, местами определяются очаги полной десимпатизации. Наибольшая глубина денервационных процессов с инволюцией описываемых нервных сплетений обнаружена при изучении препаратов пациентов 65-70 лет.

В целом при анализе биопсийного материала больных вазомоторным ринитом старше 50 лет выявлена выраженная десимпатизация слизистой оболочки нижних носовых раковин.

Выявленные изменения свидетельствуют о различной степени нарушений адаптационно-трофической функции ВНС, особенно ее адренергического звена, что клинически проявляется в развитии характерных симптомов вазомоторного ринита.

При оценке методов лечения пациенты (100 человек) были разделены на две группы. В 1-ю группу вошло 56 человек, получавших лечение 15% водным раствором Димефосфона в течение трех недель. В подгруппе 1А 28 человек получали препарат исключительно местно, в подгруппе 1В у 28 человек местное лечение сочеталось с приемом препарата внутрь. Во 2-й группе 64 пациента были подвергнуты подслизистой вазоплексотомии нижних носовых раковин. Исследование эффективности лечения проводилось по степени и срокам нормализации эндоскопической картины, восстановлению основных функций носа, а также по субъективному критерию — исчезновению или уменьшению жалоб.

Оценка выраженности эффекта лечения Димефосфоном на основании уменьшения жалоб у больных показала, что в течение курса более интенсивная динамика улучшения отмечалась в подгруппе 1В. К окончанию курса местного лечения Димефосфоном нормализация риноскопической картины отмечалась у 20 пациентов из данной подгруппы и у 16 пациентов подгруппы 1А. Результаты исследования дыхательной и транспортной функций полости носа также говорят об их улучшении, несколько более выраженном в подгруппе 1В. По прошествии шести месяцев с момента окончания лечения Димефосфоном нами был проведен контроль состояния полости носа у больных ВР, в ходе которого подтверждена более высокая эффективность лечения у больных группы 1В: у 15 пациентов определялась нормальная риноскопическая картина.

В ходе работы в группе 2 была изучена эффективность операции подслизистой вазоплексотомии нижних носовых раковин, предложенной С.З. Пискуновым (1987), с учетом возрастного