



8. Cochlear hair cell loss in single-dose versus continuous round window administration of gentamicin / N. Wagner, P. Cayй-Thomasen, G. Laurell et al. // Acta Otolaryngol. – 2005. – Vol. 125, № 4. – P. 340 – 345.
9. Intraoperative mitomycin C in endolymphatic sac surgery for Meniere's disease: A pilot study / Y. Yazawa, M. Suzuki, H. Kitano et al. // ORL. – 1999 – Vol. 61, № 2. – P. 188 – 194.
10. Liening D. A. Comparison of polydioxanone and silicone plastic in the prevention of adhesive otitis media in the Mongolian gerbil / D. A. Liening, J. H. McGath, L. McKinney // Otolaryngol. Head and Neck Surgery. – 1995. – Vol. 112, № 2. – P. 303 – 307.
11. Pathogenesis of middle ear adhesion / P. Cayй-Thomasen, A. Hermanssen, M. Tos et al. // Laryngoscope. – 1996. – Vol. 106, № 4. – P. 463 – 469.
12. Вульштейн Х. Л. Слухоулучшающие операции / Х. Л. Вульштейн. – М.: Медицина, 1972. – 422 с.

УДК: 616. 211-002. 193-056. 3-079. 4

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Н. В. Яковенко

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – Засл.врач РФ, проф. А. И Извин)

Аллергический ринит (АР) – заболевание слизистой оболочки полости носа, в основе которого лежит аллергическое воспаление, вызываемое причинно-значимым аллергеном. Аллергический ринит относится к широко распространенным аллергическим заболеваниям, который имеет тенденцию к росту. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в последние 10–15 лет позволяют говорить, что аллергическим ринитом в разных климато – географических зонах страдает от 0,1 до 35% населения. Аллергический ринит снижает физическую, эмоциональную, профессиональную и социальную активность, вызывает нарушение сна, т. е. резко ухудшает качество жизни пациентов [1].

Основными симптомами АР являются обильные, иногда светлые пенистые выделения из носа, выраженная заложенность носа и связанное с ней нарушение обоняния, зуд в полости носа, приступы чихания, которые развиваются в результате IgE-зависимой активации тучных клеток в слизистой оболочке полости носа [1, 3, 4, 5].

Жалобы, предъявляемые пациентами с АР, как правило, можно отнести к двум группам:

1. Связанные с зудом в полости носа – это приступообразное чихание, обильные светлые, нередко пенистые выделения из носа, возникающие преимущественно в дневное время и купируемые антигистаминными препаратами
2. Связанные с обструкцией носовых ходов – это заложенность носа, нарушение обоняния, головная боль, чаще беспокоят в ночное время.

Цель работы – разработать алгоритм обследования больных с различными формами аллергического ринита.

Задачи исследования – обосновать объем клинико -функциональных методов исследования при различных формах аллергического ринита для врача – оториноларинголога в амбулаторных условиях.

Для постановки диагноза нами детально изучался анамнез, в ходе которого выясняли причинно-значимый аллерген; обращали внимание на наследственность, условия труда и быта пациентов, наличие других соматических и аллергических заболеваний.

Обследование пациентов начинали с передней и задней риноскопии, при необходимости применяли эндоскопию. Лучевое обследование проводили в соответствии с клиническими показаниями, что включало в себя либо рентгенографию околоносовых пазух носа, либо компьютерную томографию или ядерно-магнитный резонанс.



Для функциональной оценки состояния слизистой оболочки носа нами использовались:

Контактная термометрия – производили в области передних концов нижних носовых раковин с помощью электротермометра ТЭМП–60 с точечным датчиком при постоянной температуре окружающего воздуха. По данным многих авторов температура слизистой оболочки полости носа является величиной постоянной и составляет в целом 34,4 – 34,5°C [3].

Цилиарную активность мерцательного эпителия полости носа определяли сахариновым тестом. Пациенту наносили сахариновый шарик диаметром 1мм на слизистую оболочку передних отделов нижней носовой раковины при задержке дыхания. Мукоцилиарное транзитное время фиксировали при появлении сладкого вкуса во рту. При оценке показателей использовали следующую схему: норма – 15 минут, 1-я степень нарушения – 16–30 минут, 2-я степень – 31–45 минут, 3-я степень нарушения – свыше 45 минут. При определении транзитного сахаринового времени мы исходили из того, что не имеет смысла ожидать появления сладкого вкуса во рту свыше 60 минут, т. к. это свидетельствует о резком угнетении мукоцилиарного аппарата.

Кислотность носового секрета определяли калориметрическим методом с помощью индикаторной бумаги путем сопоставления результата с индикаторной шкалой, «шагом» измерения 0,3 и диапазоном измерения от 1 до 14. Значения рН носового секрета у здоровых людей в пределах 5,5 – 6,5. Для определения нормальных показателей кислотности носового секрета мы обследовали группу из 20 здоровых лиц в возрасте от 18 до 45 лет, поровну мужского и женского пола, в последние два месяца не болевших никакими заболеваниями респираторного тракта. Показатель рН у них составил $6,65 \pm 0,05$ что мы и приняли за норму для нашего региона.

Дыхательная функция исследовали на аппарате «Flowscreen», модифицированном специально подобранной маской для дыхания через нос и рот по программе «Rhinoscreen». Исследование проводили в утренние часы, в положении больного сидя, натошак, в состоянии покоя. Воздушные потоки и объемы измерялись посредством спирометрии. Оценивали дыхание через нос, каждую половину носа в отдельности и через рот. При этом определяли жизненную емкость легких (ЖЕЛ), максимальную вентиляцию легких (МВЛ) и выражали в процентах от должностных величин. Нормальные показатели компьютерной риноспирометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели компьютерной риноспирометрии у здоровых

Исследуемый показатель	Способ дыхания					
	Через рот		Через нос		Через половину носа	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
ЖЕЛ (не менее %)	88	86	88	86	84	82
МВЛ (не менее %)	85	85	62	62	42	40

Все соотношения показателей достоверны ($P < 0,05$).

Как видно, из данных таблицы 1 соотношения объемных спирометрических показателей (ЖЕЛ и МВЛ) соответствуют таковым при исследовании другими авторами. Степень нарушения дыхательной функции по ЖЕЛ: I степень – 61–80%; II степень – 41–60%; III степень – 21–40%; IV степень – 0–20%.

Цитологическое исследование носового отделяемого проводили методом мазков – отпечатков, предложенным А. Т. Уразбаевой. В мазках назального секрета определяли цилиндрический эпителий, плоский эпителий, безъядерную цитоплазму плоского эпителия, лейкоциты. Количество их оценивалось по шкале А. Т. Уразбаевой. При оценке клеточного представительства различных видов лейкоцитов в носовой слизи вычислялся в процентах удельный вес каждой клетки.



Иммунологическое обследование заключалось в исследовании местного иммунитета (секреторного IgA, Ig E в носовом отделяемом) и гуморального (иммуноглобулинов А, М, G, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови). С этой целью нами проведено изучение показателей местного и гуморального иммунитета у 32 больных с различными формами аллергического ринита. Полученные результаты сравнивали с показателями контрольной групп.

Таблица 2

Показатели местного и гуморального иммунитета практически здоровых лиц и больных с различными формами аллергического ринита

Исследованные показатели	Практически здоровые лица	Больные аллергическим ринитом
IgA, г/л	$1,75 \pm 0,11$	$2,79 \pm 0,20$
IgM, г/л	$1,85 \pm 0,13$	$2,02 \pm 0,18$
IgG, г/л	$13,82 \pm 0,41$	$14,03 \pm 0,68$
SIgE, мг/л	$0,817 \pm 0,050$	$1,05 \pm 0,065$
SIgA, мг/л	$117,10 \pm 0,62$	$68,43 \pm 4,71$
ЦИК, усл. ед.	$26,78 \pm 4,10$	$40,23 \pm 4,05$

Все соотношения показателей достоверны ($P < 0,05$).

Как видно из таблицы 2 уровень IgA у больных с аллергическим ринитом превышает значение изучаемого показателя у здоровых лиц, в то время как концентрация IgM и IgG имеет тенденцию к повышению в сравнении с нормой. Необходимо подчеркнуть, что у больных с этой патологией выявляется значительное (в 1,7 раза) уменьшение уровня SIgA и повышение SIgE по сравнению со здоровыми лицами, Содержание ЦИК у обследуемых были значительно повышены, отличаясь от нормы в 1,5 раза.

Выводы

1. У больных с аллергическим ринитом имеют место не только выраженные клинические симптомы заболевания, но и морфофункциональные нарушения слизистой оболочки полости носа и дисбаланс иммунной системы.
2. Для верификации диагноза аллергического ринита в амбулаторных условиях помимо анамнеза заболевания, объективных данных, целесообразно использовать ряд функциональных и иммунологических методов исследования, позволяющие судить о состоянии слизистой оболочки полости носа и реактивности организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н. И. Аллергический ринит, /Н. И. Ильина//Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 1997. – № 4. – С. 20 – 24.
2. Нестерова К. И. Ультразвуковая терапия заболеваний полости носа. / К. И. Нестерова – Омск, 2004. – С 93–98.
3. Овчинников Ю. М. Нарушения обоняния (вопросы теории, диагностики, лечения) /Ю. М. Овчинников, С. В. Морозова, А. В. Минор – М., 1999. – 156 с.
4. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунова – «Миклош», 2002. – С 118–121.
5. Трофименко С. Л. Аллергические заболевания носа и околоносовых пазух. /С. Л. Трофименко, А. Г. Волков – Ростов-на-Дону: «Книга», 2001. – 352 с.