



При повышенном риске аспирации (удаление кист, сосудистых опухолей) методом выбора является ЧТ ВЧ ИВЛ ввиду наличия у него экспульсивного эффекта.

При использовании И ВЧ ИВЛ отсутствует возможность продолжить или быстро возобновить респираторную поддержку в раннем послеоперационном периоде при появлении признаков острой дыхательной недостаточности. Этот метод респираторной поддержки оказывается ненадёжным у больных с тяжёлой сопутствующей патологией, что позволяет рекомендовать его для проведения вентиляции лёгких при прямой ларингоскопии только у больных I – II класса ASA. В то же время метод ЧТ ВЧ ИВЛ является наиболее безопасным способом адекватной респираторной поддержки во время общей анестезии при прямой опорной ларингоскопии, что позволяет рекомендовать его проведение у больных III – IV класса ASA.

Выводы:

1. Выбор способа респираторной поддержки во время общей анестезии при прямой опорной ларингоскопии у больных с новообразованиями гортани требует дифференцированного подхода с учётом клинко-анатомических особенностей патологии гортани и прогнозируемой технической сложности ларингоскопии, а также физического состояния больного.
2. Инжекционную ВЧ ИВЛ через канал операционного ларингоскопа целесообразно применять при отсутствии явлений стеноза гортани или стенозе I степени, диаметре новообразования до 1 см, минимальном риске аспирации, прогнозируемой лёгкой ларингоскопии у больных I – II класса ASA.
3. Чрескожная транстрахеальная ВЧ ИВЛ обеспечивает адекватность и безопасность общей анестезии при прямой опорной ларингоскопии по поводу новообразований гортани различной клинко-анатомической формы, стенозе гортани II степени. Метод предпочтителен при прогнозируемой трудной ларингоскопии, безопасен для больных I – IV класса ASA.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов А. Б. Интубация трахеи / А. Б. Богданов, В. А. Корячкин. – СПб., 2004, – 216 с.
2. Кассиль В. Л. Респираторная поддержка. / В. Л. Кассиль, Г. С. Лескин, М. А. Выжигина – М., 1997. – 256 с.
3. Малышев В. Д. Острая дыхательная недостаточность. / В. Д. Малышев – М: Медицина, 1989. – 240 с.
4. Общая анестезия и вентиляция легких при эндоскопических операциях по поводу опухолей гортани, трахеи и бронхов / Л. Г. Торчинский, Н. А. Осипова, М. С. Ветшева и др. // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 5. – С. 22–26.
5. Садовский В. И. Микроэндоларингеальная диагностика и хирургия / В. И. Садовский – ГГМИ. – Гомель, 2003. – 167 с.
6. Шурыгин И. А. Мониторинг дыхания. / И. А. Шурыгин – СПб., 2001, – 301 с.

УДК: 616. 216. 2-002

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ФРОНТИТАХ

И. В. Стагниева

Ростовский государственный медицинский университет.

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – Засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

Заболевания носа и околоносовых пазух, особенно воспалительного характера, сопровождаются многообразными болевыми ощущениями (лицевыми болями – прозопалгиями) как в проекции пазух, так и в зонах иррадиации. Воспаление лобной пазухи проявляется болью в области надбровья различной степени выраженности, в зависимости от длительности заболевания, его характера и сопротивляемости организма, значительно реже – выделениями из носа и затруднением носового дыхания [12, 13].

Локальная головная боль в надбровье на стороне поражённой лобной пазухи является основным и наиболее стабильным клиническим признаком фронтита, и с этим утверждением согласны другие клиницисты [4, 7, 31]. Боль в надбровье нередко бывает единственным клиническим



ким признаком, а другие симптомы не выражены или отсутствуют [33], что накладывает на врача значительно большую ответственность при проведении дифференциального диагноза и необходимость дополнительных исследований [31]. Данные некоторых источников не позволяют утверждать, что в настоящее время локальная боль в области лба при различных формах фронтита является единственным его проявлением, а, как правило, таких симптомов несколько [9].

При остром неосложнённом фронтите наблюдается боль в лобной области, усиливающаяся при движении глазных яблок, наклонах головы, при движении глаз. Возможна иррадиация боли в височно-теменную или височную область на стороне поражения. Болевые ощущения в области лба могут быть спонтанными или появляться при лёгкой перкуссии в проекции передней стенки лобной пазухи. Изменение характера и особенностей головной боли особенно сильно происходит при развитии сочетанных форм поражения околоносовых пазух, которые часто встречаются в клинической практике [5].

У больных острым фронтитом локальная головная боль выражена очень сильно, при хронических процессах её интенсивность снижена и не отличается постоянством [2], хотя некоторые авторы [1, 19, 28] утверждают, что значимость локальной боли как патогномоничного диагностического признака фронтита невелика. Ранее клиницисты считали невозможным развитие данного вида параназального синусита без этого признака [10, 11], а другие отмечали, что болевой симптом у значительной части больных может отсутствовать от 9,4% по Т. В. Машковой с соавт. до 44,9% по D. Porto et al. [19, 34]. Исчезновение локальной боли не всегда свидетельствует о выздоровлении больных [1, 4, 6, 18].

В настоящее время можно выделить следующие механизмы головной боли при фронтите:

- барометрический – раздражение нервных окончаний тройничного нерва, возникающее вследствие понижения давления в пазухе из-за резорбции кислорода [30];
- механический – давление на нервные окончания при накоплении отделяемого в пазухе [27];
- сосудистый – болезненная пульсация в результате избыточного пульсового растяжения артерий [8, 24];
- токсический – вследствие воздействия на слизистую оболочку продуктов метаболизма и гибели микроорганизмов [3];
- рефлекторный – раздражение нервных окончаний с проекцией болевого раздражения в соответствующую область Захарьина-Геда – надбровье [2, 3, 32].
- нейромедиаторный – изменение концентрации нейропептидов в слизистой оболочке пазухи, отделяемом пазухи и нервных синапсах [29, 33].

В патогенезе локального болевого синдрома при фронтитах основную роль играют рефлекторные механизмы, реализующиеся через систему церебральной гемодинамики, афферентным звеном этого рефлекса являются механические и токсические воздействия на рецепторы тройничного нерва вследствие повышения давления в пазухе при ее воспалении [32]. Кровоснабжение околоносовых пазух, в том числе и лобных, обеспечивают, в основном, артерии, расположенные в слизистой оболочке и входящие в просвет пазух через их естественные выводные отверстия в сопровождении венозных сплетений. Число сосудов на единицу объема в полости носа и в пазухах приблизительно одинаковое. Значительное количество кровеносных сосудов проходит через костные стенки пазух, дополнительно обеспечивая их трофику [23].

Одним из методов изучения регионарной гемодинамики является реография (РГ). Этот метод основан на измерении сопротивления тканей электрическому току высокой частоты и позволяет судить о степени кровенаполнения и состоянии сосудистого русла изучаемой области [26]. С помощью метода реографии очень удобно регистрировать состояние кровенаполнения слизистой оболочки дыхательных путей [14].

Интерес к изучению регионарной гемодинамики полости носа и лобных пазух методом реографии в Ростовской ЛОР клинике появился в 1981 году, когда были опубликованы первые работы с результатами изучения реографии лобных пазух [16]. Проведенные исследования позволили прийти к выводу, что воспалительные процессы лобных пазух приводят к изменению кровенаполнения в них, что может быть зарегистрировано при реофронтграфии (РФГ), подтверждающее состояние кровообращения слизистой оболочки лобной пазухи. Сле-



довательно, как отмечали авторы, РФГ может быть использована, как для диагностики фронтитов, так и для контроля за качеством лечения больных.

Большинство авторов в основу анализа данных РФГ берут величину реографического индекса (РИ) [17, 21], другие рассчитывают еще и время анакроты и катакроты РГ-волны [15], некоторые отдают предпочтение показателям диастолического и диастолического индексов (ДКИ, ДСИ).

Вопрос о современном состоянии ведущих клинических проявлений, и в особенности – спонтанной локальной головной боли, в качестве адекватных фронтиту, подвергается сомнению рядом клиницистов и нуждается в уточнении. Ранее (до 2001 года) казалось, что локальная головная боль при острых фронтитах и обострениях хронического процесса является абсолютным показателем в диагностике заболевания [4]. В последние годы этот тезис подвергся значительному сомнению и пересмотру диагностических позиций.

В 2002–2006 гг мы наблюдали 351 больного фронтитом (137 – с острым и 214 – с обострением хронического процесса), из которых у 42 ведущий клинический признак – локальная головная боль, отсутствовал или был выражен очень слабо.

Другие признаки фронтита – клинические (выделения из носа и затруднение носового дыхания), объективные (наличие боли при перкуссии и пальпации – только у 4 они были слабо выражены) и риноскопические («полоска гноя» в среднем носовом ходе и воспалительные изменения в области остиомеатального комплекса) отсутствовали.

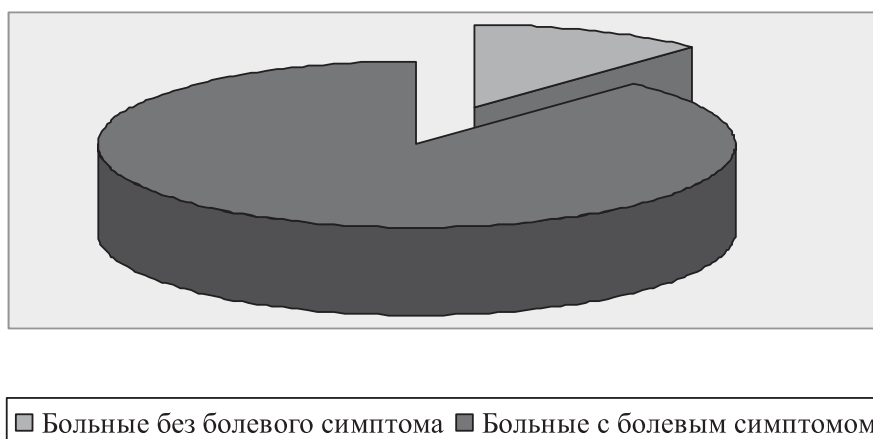


Рис. 1. Соотношение больных с наличием и отсутствием болевого симптома.

Данные рентгенографии, а также компьютерной томографии и МР- исследований не вносили ясности в диагностику патологических процессов. Нужно заметить, что 28 больных (81,8%) из этой группы ранее лечились в стационаре (19) или амбулаторно (9) и после проведенного лечения по поводу синусита головная боль исчезла. Всей группе больных проводили волоконно-оптическую диафаноскопию по специальной методике, разработанной у нас в клинике. Почти у всех больных (у 38 из 42 – 90,5%) данные этого исследования были сомнительными и не указывали на наличие воспалительного процесса в пазухах. Это побудило нас исследовать гемодинамику в бассейне внутренней сонной артерии – проводить реофронтотографию у больных с сомнительными данными общепринятых методов диагностики односторонних неосложненных фронтитов. По данным литературы [18, 21], по амплитуде реографической волны в FF-отведениях можно следить за динамикой воспалительного процесса в лобной пазухе, так как восстановление амплитуды волны часто соответствует периоду снятия блока лобно-носового канала [22].

Больному с сомнительными признаками одностороннего неосложненного экссудативного фронтита проводили реографию в фронто-фронтальных (FF) отведениях. Мы использовали реоанализатор РЕАН – 131, работающий в блоке с персональным компьютером. При анализе



реограммы определяется реографический индекс (РИ) – отношение амплитуды реографической волны к величине калибровочного сигнала. РИ характеризует величину систолического кровенаполнения и интенсивность пульсовых колебаний и зависит от величины ударного объема и тонуса сосудов: чем больше величина пульсового кровенаполнения в конкретном участке сосудистого русла, тем выше РИ. По числовым показателям РИ сторон вычисляется коэффициент асимметрии в%. Анализ данных РФГ этой группы больных позволил сделать вывод, что если коэффициент асимметрии равен 24% и выше на стороне поражения, то это говорит о наличии изменений в слизистой оболочке пазухи и, возможно – наличии содержимого в просвете пазухи, и является показанием к трепанопункции лобной пазухи.

Для уточнения диагноза всем 42 больным с отсутствием локального болевого симптома была проведена реография в FF-отведениях. Коэффициент асимметрии составил от 24% до 89%.

Заболевание лобных пазух было расценено как односторонний неосложненный экссудативный фронтит. Всем больным проведено хирургическое лечение – трепанопункции лобных пазух. У большинства больных (29 из 42 – 75,76%) получен гнойный или слизисто-гнойный экссудат, из них у 27 больных лобно-носовой канал был непроходим. Таким образом, хирургическое вмешательство было полностью оправдано. Проведенное лечение, заключавшееся в ведении в просвет пазух антибактериальных препаратов направленного действия и других, позволило успешно излечить всю группу больных. Более массивного хирургического вмешательства на лобных пазухах ни у одного из больных не потребовалось.

У 13 больных содержимого в пазухах не обнаружено, но у всех имелась та или иная степень окклюзии лобно-носового канала, выявленная во время промывания пазух. Этой группе больных было проведено лечение, направленное на восстановление мукоцилиарного клиренса, имеющего важное значение в физиологии лобной пазухи [13, 20, 25]. Мы осуществляли капельное введение в просвет лобной пазухи через канюлю 100,0 мл теплого физиологического раствора со скоростью 20 кап. / мин. ежедневно в течение 5 дней [18]. В полость носа 2 раза в день впрыскивали топический кортикостероид – Назонекс, а после выписки из стационара больные продолжали его введение в нос 1 раз в день в течение недели. На 6–7 день лечения канюлю из пазухи извлекали и больного выписывали для амбулаторного наблюдения. За период от 1 до 4 лет эта группа больных к отоларингологу не обращалась.

Отсутствие головной боли при неосложненных фронтитах, возможно, указывает на торможение местных и рефлекторных болевых реакций, развивающихся при раздражении рефлекторных образований слизистой оболочки лобных пазух.

Таким образом, можно отметить, что у значительной группы больных ведущие клинические признаки фронтита в сочетании с данными основных и дополнительных методов исследования утрачивают свое основополагающее значение. Больше внимания следует уделять ранее мало применяемым методам исследования, таким, например, как реофронтотомия, позволяющим уточнить тяжесть течения заболевания, его форму и определить тактику дальнейшего лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананич М. И. К вопросу о клинике, диагностике и лечении фронтитов / М. И. Ананич, И. М. Ананич // Совр. вопр. диагн. и лечения в оторинолар. (Тр. 2 ММИ). – М., 1983. – В. 5. – С. 191 – 195.
2. Боконжич Р. Головная боль / Р. Боконжич. – М.: Медицина, 1984. – 312 с.
3. Волков А. Г. Дифференциальная диагностика ото- и риногенных прозопагий / А. Г. Волков, Н. В. Бойко, Н. И. Уханкова – Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. Сборник науч. трудов. – Ростов н/Д, 1999. – С. 188–191.
4. Волков А. Г. Лобные пазухи / А. Г. Волков. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000. – 512 с.
5. Волков А. Г. Классификация болевого синдрома неосложнённого фронтита / А. Г. Волков. Тез. докл. обл. научн. – практ. конф. оторинолар. Рост. обл. Ростов н/Д, 1991. – С. 24–25.
6. Волков А. Г. Значимость локальной боли при фронтитах / А. Г. Волков, И. В. Стагниева. Актуальные вопросы хирургии. Сб. научн. – практ. работ, посв. 90-летию каф. общей хирургии РостГМУ. – Ростов н/Д, 2006. – С. 368–370.
7. Карал-Оглы Р. Д. Лечение больных фронтитом трепанопункцией / Р. Д. Карал-Оглы. – Кишинёв: Штиинца, 1972. – 134 с.
8. Корнова Н. В. Сосудистый компонент цефалгий при патологии риноорбитальной области / Н. В. Корнова. Проблема реабилитации в оториноларингологии // Тр. Всерос. конф. – Самара, 2003. – С. 362–363.
9. Крюков А. И. Риногенная цефалгия / А. И. Крюков, М. Н. Шубин. Современные вопросы аудиологии и ринологии: Тез. докл. Научн. – практ. конф. – Курск, 2000. – С. 171–172.
10. Мисюк Н. С. Головные боли / Н. С. Мисюк, П. П. Пригун – Минск: Беларусь, 1984. – 144 с.



11. Литвак Л. Б. Головная боль / Л. Б. Литвак // Клиническая медицина. – 1968. – № 9. – Т. 46. – С. 15–20.
12. Пальчун В. Т. Параназальные синуситы / В. Т. Пальчун, Ю. А. Устьянов, Н. С. Дмитриев – М.: Медицина, 1982. – 152 с.
13. Пискунов Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. – М.: Изд-во «Миклош», 2002. – 390 с.
14. Плепис О. Я. Реография в оториноларингологии / О. Я. Плепис. – Л.: Медицина, 1988. – 128 с.
15. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомеокинеза / М. С. Плужников, А. Г. Шантуров, Г. В. Лавренова и др. – СПб.: Медицина, 1995. – 104 с.
16. Помухина А. Н. Реография лобных пазух: Метод. указ. по внедр. в практ. здравоохран. научн. достиж. к-ки болезней уха и верхн. дых. путей / А. Н. Помухина, А. Г. Волков, Н. Н. Филимонов. – Ростов н/Д, 1981. – С. 67–68.
17. Попель С. Е. Локальная боль и ее динамика при фронтите / С. Е. Попель, Т. М. Хрипкова. (Тез. IV Конгресса Росс. общ-ва ринологов и XX Межд. Конгр. Инфекции и аллергии носа). – В кн.: Российск. ринология. – 2001. – № 2. – С. 129.
18. Попель С. Е. Новые возможности в лечении больных фронтитом трепанопункцией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / С. Е. Попель. – Ростов н/Д, 2005. – 23 с.
19. Ретро-спективный анализ результатов диагностики и лечения больных с воспалительными заболеваниями лобных пазух / Т. В. Машкова, С. А. Ярлыков, С. В. Княжев и др. // Вестн. оторинолар. – 1991. – № 2. – С. 21–23.
20. Рязанцев С. В. Острый синусит подходы к терапии: Метод. рекомендации / С. В. Рязанцев. – М., 2003. – 16 с.
21. Стуковина Т. Ю. Динамика кровообращения в регионе лобных пазух на этапах лечения фронтита / Т. Ю. Стуковина, Н. А. Захарова // Новости оторинолар. и логопат. – 2000. – № 1 (21). – С. 70–72.
22. Стуковина Т. Ю. Гемодинамика полости носа и лобных пазух по данным реографии у здоровых лиц, проживающих в Ростовской области / Т. Ю. Стуковина, Н. А. Захарова // Там же – 2001. – № 1. – С. 95.
23. Харченко В. В. Структурно-функциональные особенности различных зон слизистой оболочки полости носа человека в норме и при некоторых формах воспалительной патологии: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук / В. В. Харченко. – Волгоград, 2004. – 34 с.
24. Шток В. Н. Головная боль / В. Н. Шток. – М., 1987. – 304 с.
25. Янов Ю. К. Современные возможности оптимизации медикаментозной терапии острых синуситов / Ю. К. Янов // Рос. оторинолар. – 2004. – № 5 (12). – С. 76–79.
26. Яруллин Х. Х. Клиническая реоэнцефалография / Х. Х. Яруллин. – Л.: Медицина, Ленингр. отд., 1967. – 274 с.
27. Draf W. Endonasal micro-endoscopic frontal sinus surgery: The Fulda concept / W. Draf // Otolaryngol. Head & Neck Surgery. – 1991. – V. 2. – P. 234–240.
28. Modulatory effect of two novel CGRP receptor antagonists on nasal vasodilatory responses to exogenous CGRP, capsaicin, bradykinin and histamine in anaesthetised pigs / D. Malis, B. Rist, K. Nicoucar et al. // Regul. Pept. – 2001. – V. 101 (1–3). P. 101.
29. Mortimore S. The Groote Schuur hospital classification of the orbital complications of sinusitis / S. Mortimore, P. J. Wormald // J. Laryngol., Otol. – 1997. – V. 11, № 8. – P. 719–723.
30. Scheel J. Ein Beitrag zur Stirnhöhlenpunktion nach Kymmel und Beck / J. Scheel, L. Affeld // Laryng., Rhinol., Otol. – 1986. – Bd. 65. – H. 8. – S. 40–41.
31. Seiden A. M. Headache and the frontal sinus / A. M. Seiden, V. T. Martin // Otolaryngol. Clin. North Am. – 2001. – V. 34, N1. – P. 227–241.
32. Traseria-Parareda J. Patologia de la sinusitis / J. Traseria-Parareda // Rev. Laryng., Otol., Rhinol. – 1983. – V. 104. – N1. – P. 39–43.
33. Close L. G. Headaches and disease of the nose and paranasal sinuses / L. G. Close, J. Avin // Seminars in Neurology. – 1997. – V. 17. – N4. – P. 351–354.
34. Porto D. Long-term results with nasofrontal duct reconstruction / D. Porto, A. Duvall // Laryngoscope (St. Louis). – 1986. – V. 96. – N8. – P. 858–862.

УДК 616. 323-007. 61-002. 2-053. 2

О ПЕРСИСТИРУЮЩИХ АДЕНОИДИТАХ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ ДГБ № 1 г. ТВЕРИ

Д. И. Столяров

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава

*(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской
оториноларингологии – проф. Г. М. Портенко)*

Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей являются наиболее частой причиной обращаемости к ЛОР-врачу не только среди детей, но и пациентов более старшего возраста. Ведущее место среди ЛОР-патологии у детей и подростков занимает хронический аде-