



ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкин С. А. Особенности реактивности кровообращения у больных хроническими полипозными риносинуситами /С. А. Артюшкин, В. Ю. Шанин «Новый курс: консолидация усилий по укреплению здоровья нации»: Сб. мат. II Национального конгресса терапевтов. – М.: «Бионика», 2007. – С. 14.
2. Артюшкин С. А. Хронический полипозный риносинусит как фактор снижения variability сердечного ритма у лиц без явной патологии и больных гипертонической болезнью / С. А. Артюшкин, Д. И. Святков, В. Ю. Шанин // Рос. оторинолар. – 2007. – №5 (30). – С. 28–32.
3. Артюшкин С. А. Особенности патологических реакций системы кровообращения при хроническом полипозном риносинусите и злокачественном клеточном росте /С. А. Артюшкин, Д. И. Святков //Рос. оторинолар. – 2008. – Прил. №3. – С. 125–128.
4. Расстройства кровообращения у лиц пожилого и старческого возраста – больных хроническим полипозным риносинуситом в сочетании с гипертонической болезнью /С. А. Артюшкин, Д. И. Святков, В. Ю. Шанин и др. // Вестн. СПб гос. медиц. акад. им. С. М. Мечникова. – 2008. – №3/1. – С. 7–10.
5. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA /О. Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
6. Cytokine Dysregulation, Inflammation and Well-Being / I. J. Elenkov, D. G. Iezzoni, A. Daly et al. // Neuroimmunomodulation. – 2005. – Vol. 12. – P. 255–269.
7. Fokkens W. EAACI. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps /W. Fokkens, V. Lund, C. Bachert // Rhinol. Suppl. – 2005. – Vol. 18. – P. 1–87.
8. Huang Q. H. Central noradrenergic system modulates plasma interleukin-6 production by peripheral interleukin-1 /Q. H. Huang, A. Takaki, A. Arimura //Am. J. Physiol. – 1999. – Vol. 273 (2 Pt). – P. 731–738.
9. Increased heart rate and reduced heart-rate variability are associated with subclinical inflammation in middle-aged and elderly subjects with no apparent heart disease /A. Sajadieh, O. W. Nielsen, V. Rasmussen, H. O. Hein et al. // European Heart Journal. – 2004. – Vol. 25, №5. – P. 363–370.
10. Opie. The Heart. Physiology, from Cell to Circulation Third Edition. – Baltimore–Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins, 1998. – 656 p.
11. Rhoades. Medical Physiology /Rhoades. Tanner. – Baltimore–Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins, 1995. – 864 p.

УДК: 616. 211–002. 253–089

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ

З. Б. Банхаева, В. М. Свистушкин, Г. Н. Никифорова

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. А. С. Лопатин)*

Хронические риниты занимают существенное место в общей структуре заболеваний верхних дыхательных путей, являются одной из самых распространенных патологий ЛОР-органов, имеют важное медицинское и социальное значение. По результатам эпидемиологических исследований около 20% населения страдают хроническим ринитом, до 40% периодически отмечают наличие тех или иных симптомов данной патологии [2; 10; 12; 13]. Рост заболеваемости хроническими ринитами многие авторы связывают с общим ухудшением экологии на планете и улучшением диагностики данного заболевания.

Хирургическое вмешательство у больных различными формами хронических ринитов с выраженной назальной обструкцией является зачастую единственно целесообразным и эффективным способом лечения. Несмотря на то, что арсенал способов и средств хирургического воздействия на носовые раковины в настоящее время достаточно разнообразен, остается актуальным вопрос о рациональности и эффективности применения того или иного метода при лечении больных хроническими ринитами.

В практической оториноларингологии широко используются такие способы воздействия на нижние носовые раковины, как лазерная коагуляция, ультразвуковая дезинтеграция, подслизистая вазотомия.



Эффект при воздействии лазерным излучением основан на преобразовании значительной части световой энергии в тепловую, в связи с чем резко повышается температура в небольшом объеме ткани и происходит её разрез, коагуляция, плавление или испарение. Особенностью действия лазерного луча является четкая граница между облучёнными и интактными тканями, практически полное отсутствие переходных зон от некроза к жизнеспособным тканям. В процессе заживления лазерных ран не отмечается значительной экссудации и инфильтрации, достаточно быстро наступает пролиферация и регенерация ткани. Малоинвазивность, асептическое и гемостатическое действие лазерного луча являются его несомненными достоинствами [3; 4; 7; 11]. В нашей работе мы использовали излучение волоконного на эрбий-активированном стекле лазера ($\lambda = 1,56 \mu\text{м}$), производилась подслизистая коагуляция нижних носовых раковин. Особенности данного вида излучения являются хорошее поглощение водой и водонасыщенными тканями, глубина проникновения в биоткани около 1,0 мм, выраженный коагулирующий эффект для сосудов диаметром до 1,0 мм, безопасность для глаз, оптимальная средняя выходная мощность. Возможность доставки излучения к точке воздействия гибкими световодами, импульсный режим работы, простота эксплуатации обеспечивают широкие возможности использования излучения данного лазера в оториноларингологии [8].

Метод ультразвуковой дезинтеграции основан на деструктивном воздействии на систему кровоснабжения нижних носовых раковин низкочастотным ультразвуком. После ультразвукового воздействия происходит склерозирование и запустевание сосудов носовой раковины и её сокращение [1; 9].

Учитывая принципы щадящего отношения к структурам слизистой оболочки носа, с целью уменьшения кровенаполнения венозных сплетений предложена операция, названная «подслизистой вазотомией». Техника операции заключается в пересечении сосудов, идущих из костной основы носовых раковин в собственный слой слизистой оболочки [5; 6].

Целью нашего исследования была оценка эффективности хирургических способов лечения с учётом степени уменьшения патологических проявлений и восстановления или сохранения функциональных свойств слизистой оболочки носа, а также стойкости лечебного эффекта.

Материал и методы. Всего было проведено хирургическое лечение 243 пациентам с различными формами хронических ринитов – гипертрофическим, вазомоторным нейровегетативным и круглогодичным аллергическим.

Таблица 1

Виды хирургического вмешательства на нижних носовых раковинах у больных различными формами хронических ринитов

| Вид хирургического вмешательства | Гипертрофический ринит | Вазомоторный аллергический ринит (круглогодичный) | Вазомоторный нейровегетативный ринит | Всего |
|--------------------------------------|------------------------|---|--------------------------------------|-------|
| Подслизистая коагуляция лучом лазера | 19 | 10 | 81 | 110 |
| Ультразвуковая дезинтеграция | 10 | 14 | 23 | 47 |
| Подслизистая вазотомия | 15 | 13 | 58 | 86 |
| Всего | 34 | 37 | 172 | 243 |

Решение о целесообразности хирургической коррекции носового дыхания у больных с круглогодичным аллергическим ринитом принималось по согласованию с аллергологом. Всем пациентам данной группы ранее неоднократно проводились курсы консервативного лечения интраназальными стероидами в отсутствие или с незначительным положительным эффектом. Больные постоянно ежедневно и длительно использовали сосудосуживающие капли. Учиты-

вая данный факт, можно было предположить наличие у них смешанного характера хронического процесса с элементами вторичной гипертрофии, медикаментозной формы хронического ринита. Хирургическое лечение таким больным расценивалось как «операция последней надежды».

Лазерная коагуляция была произведена 110 пациентам, ультразвуковая дезинтеграция – 47 больным, подслизистая вазотомия – 86 пациентам с хроническим ринитом. Во всех случаях воздействие осуществлялось на нижние носовые раковины.

Значительных отличий при проведении лазерной коагуляции, ультразвуковой дезинтеграции, подслизистой вазотомии нижних носовых раковин нами отмечено не было. Общее состояние пациентов в послеоперационном периоде оставалось удовлетворительным, каких-либо неблагоприятных явлений и ухудшения со стороны соматического статуса не наблюдалось.

Естественно, что более широкие противопоказания к проведению хирургического лечения имели пациенты, которым была выполнена ультразвуковая дезинтеграция и подслизистая вазотомия – отмечался строгий контроль к показателям свёртывающей системы крови и соматическому состоянию.

Тампонада носа после воздействия лазерного излучения не производилась, реактивные явления в послеоперационном периоде были минимальными, сохранялись в течение 3–10 дней, практически у всех больных носовое дыхание было достаточным, ежедневный туалет полости носа не проводился.

После ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин в ряде случаев (в 44,7%) в связи с интраоперационным кровотечением была произведена тампонада носа, тампоны удалены через сутки; реактивные явления в полости носа были достаточно выраженными, сохранялись в среднем в течение 8–12 дней, отмечалось значительное или умеренное затруднение носового дыхания. Пациенты после операции нуждались в ежедневном туалете полости носа.

Больным после подслизистой вазотомии нижних носовых раковин во всех клинических случаях производилась тампонада носа. Носовое дыхание практически у всех пациентов после удаления тампонов было достаточным. Реактивные явления в послеоперационном периоде были выражены умеренно или незначительно, сохранялись в течение 5–10 дней, пациенты нуждались в ежедневном туалете полости носа.

В течение 3–12 дней после воздействия на нижние носовые раковины всем пациентам назначалось орошение полости носа водно-солевыми растворами – Aqua maris, маример, физиомер, салин и т. п., при необходимости дополнительно использовались сосудосуживающие препараты – нафтизин, ксимелин, назол и т. п.

Больные круглогодичным аллергическим ринитом после хирургического лечения также использовали топические стероиды (назонекс, фликсоназе, тафен, насобек и т. п.) в стандартных дозировках в течение 1–3 месяцев. Данные препараты назначались обычно через 2–3 дня после вмешательства.

Состояние носового дыхания у больных различными формами хронических ринитов через 6 месяцев после лечения представлено на рисунках 1–3.

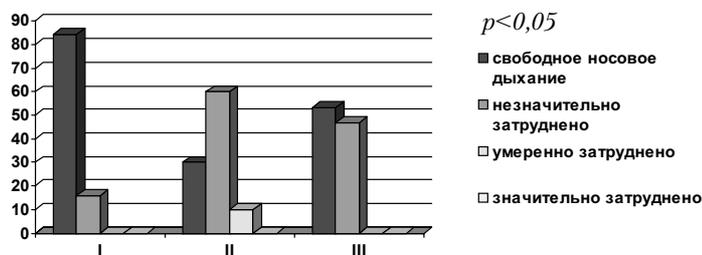


Рис. 1. Показатели (%) носового дыхания у больных гипертрофическим ринитом через 6 месяцев после хирургического лечения.

Примечание: I – лазерной коагуляции; II – УЗ-воздействия; III – подслизистой вазотомии.

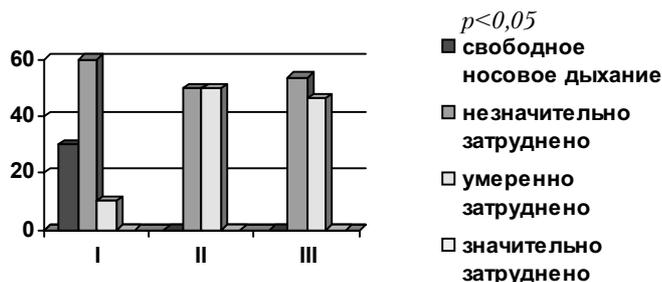


Рис. 2. Показатели (%) носового дыхания у больных круглогодичным аллергическим ринитом через 6 месяцев после хирургического лечения.

Примечание: I – лазерной коагуляции; II – УЗ-воздействия; III – подслизистой вазотомии.

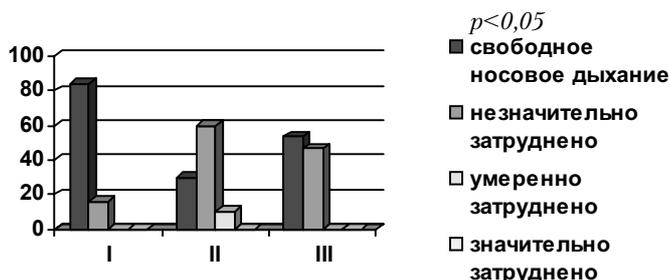


Рис. 3. Показатели носового дыхания у больных вазомоторным нейровегетативным ринитом через 6 месяцев после хирургического лечения.

Примечание: I – лазерной коагуляции; II – УЗ-воздействия; III – подслизистой вазотомии.

При сравнении мукоцилиарного транспорта у больных хроническим ринитом через 6 месяцев после различных видов хирургического вмешательства выявлено, что улучшение мукоцилиарного транспорта после лазерной коагуляции, ультразвукового воздействия, подслизистой вазотомии в наибольшей степени было выражено у больных вазомоторным нейровегетативным ринитом, в небольшой – у больных гипертрофическим и круглогодичным аллергическим ринитами. Уменьшению времени мукоцилиарного транспорта у пациентов с круглогодичным аллергическим ринитом способствовало использование данной группой больных после хирургического вмешательства топических стероидов.

После лазерной коагуляции, ультразвуковой дезинтеграции и подслизистой вазотомии нижних носовых раковин у больных хроническим ринитом с повышенной секреторной функцией имеется тенденция к её нормализации, пониженная секреторная функция не восстанавливается. Вероятнее всего это связано с необратимыми морфологическими изменениями слизистой оболочки у пациентов с недостаточной секреторной функцией.

У больных с различными формами хронических ринитов лазерная коагуляция, ультразвуковая дезинтеграция и подслизистая вазотомия нижних носовых раковин по данным нашего исследования не оказывает существенного влияния на чувствительность слизистой оболочки, после операции отмечается незначительная тенденция к её нормализации.

Проведенные исследования показали эффективность высокоэнергетического лазерного воздействия при лечении больных с различными формами хронического ринита. После лазерных операций отмечено длительное и стойкое улучшение функций полости носа, при этом не было отрицательного воздействия на слизистую оболочку полости носа.

Полученные результаты показали, что излучение эрбиевого волоконного лазера обеспечивает выраженное улучшение респираторной функции, положительный результат остаётся стабильным во времени. Именно данная длина волны лазерного излучения на наш взгляд является оптимальной при воздействии в полости носа, что позволяет рекомендовать ее к широкому практическому применению.



Учитывая хорошую переносимость лазерной коагуляции, амбулаторный характер воздействия, отсутствие необходимости постоянного наблюдения и ухода за полостью носа в послеоперационном периоде, данный вид воздействия, по нашему мнению, может расцениваться как метод выбора при хирургическом лечении больных различными формами хронического ринита. Сдерживающим фактором широкого применения лазерной коагуляции в практике является необходимость использования специальной аппаратуры, а также наличие обученного персонала, имеющего сертификационные разрешения по работе с лазерными установками.

В значительной степени влияет на респираторную функцию полости носа подслизистая вазотомия носовых раковин. Вместе с тем, простота выполнения данной операции, использование обычных инструментов при ее проведении, а также положительное влияние на ряд функций полости носа, в первую очередь, касающееся улучшения носового дыхания, ставит этот вид хирургического лечения по эффективности в один ряд с лазерным воздействием. Важной особенностью подслизистой вазотомии являются и минимальные побочные эффекты в отдаленные сроки после операции. Однако необходимость использования тампонов после операции, пребывание в стационаре и наблюдение за больными в раннем послеоперационном периоде ограничивает применение данных операций в амбулаторной практике.

Важным на наш взгляд был сравнительный анализ результатов применения ультразвуковой дезинтеграции. Данный метод в недавнем прошлом очень широко применялся в практике. Да и сегодня в ряде лечебных учреждений является основным при лечении больных различными формами хронических ринитов. Проведенные исследования показали, что данный вид операций по своей эффективности уступает лазерному воздействию и подслизистой вазотомии носовых раковин. При всех формах хронического ринита ультразвуковая дезинтеграция в меньшей степени влияла на респираторную функцию полости носа, а длительность эффекта была менее продолжительной. Кроме того, отрицательными моментами применения данного метода являются:

- частота кровотечений во время операций,
- необходимость регулярного использования тампонов,
- пребывание в стационаре в первые дни после операции,
- реактивные явления в послеоперационном периоде. А если учесть техническую сторону – использование специальной аппаратуры, данный вид лечения больных хроническими ринитами на наш взгляд менее предпочтительный, нежели применение лазерной энергии или подслизистой вазотомии.

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения при каждой конкретной форме хронического ринита позволяет рекомендовать именно лазерное излучение как наиболее оптимальный способ лечения, обеспечивающий длительный и стойкий эффект воздействия. Наилучшие результаты следует ожидать при лечении больных с гипертрофическим ринитом и нейровегетативной форме вазомоторного ринита. При круглогодичном аллергическом рините стойкий эффект возможен при раннем и длительном назначении в послеоперационном периоде интраназальных стероидов. Однако, принимая во внимание тот факт, что аллергический ринит зачастую имеет и медикаментозный компонент за счет частого использования больными вазоконстрикторов, проведение лазерного воздействия тем более является актуальным. Об этом свидетельствуют и результаты хирургического лечения больных нейровегетативной формой вазомоторного ринита.

Альтернативой лазерному излучению при лечении каждой конкретной формы хронического ринита по нашему мнению является подслизистая вазотомия носовых раковин.

Таким образом, оценка практических возможностей применения разных способов и видов хирургического лечения больных различными формами хронических ринитов позволяет в каждом конкретном случае рекомендовать и варьировать схемы ведения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веницкий М. Е. Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин при гипертрофическом и вазомоторном рините: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Е. Веницкий. – М., 1978. – 19 с.
2. Ильина Н. И. Аллергопатология в различных регионах России по результатам клинико-эпидемиологических исследований: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – И. Н. Ильина, М.: – 1996. – 24 с.



3. Наседкин А. Н. Лазеры в оториноларингологии. – / А. Н. Наседкин, В. Г. Зенгер. М.: ТОО «Фирма «Техника» – 2000. – 140 с.
4. Неворотин А. И. Введение в лазерную хирургию: / А. И. Неворотин. Учебное пособие. – СПб. СпецЛит. – 2000. – 175 с.
5. Пискунов С. З. Методика щадящего хирургического лечения больных вазомоторным и гиперпластическим ринитом. / С. З. Пискунов. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1987. – №4 – С. 32–34.
6. Пискунов С. З. О хирургическом воздействии на сосуды слизистой оболочки носовых раковин (к 10-летию операции подслизистой вазотомии). / С. З. Пискунов. // Вестн. оторинолар. – 1999 г. – №2 – С. 19–22.
7. Плужников М. С. Лазеры в ринофарингологии. – / М. С. Плужников, А. И. Лопотко, А. М. Гагауз. Кишинев: Штиинца, 1991. – 157 с.
8. Портативные лазерные скальпели ЛС-0,97 и ЛС-1,56. / А. В. Армичев, В. П. Гапонцев, В. П. Минаев и др. В кн.: Полупроводниковые и твердотельные лазеры в медицине 2000. Мат. третьего Международного симпозиума. СПб.: – 2000 – С. 11.
9. Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин при гипертрофическом и вазомоторном рините. / JI. Б. Дайняк, Л. А. Феркельман, М. Е. Винницкий и др. Метод. рекомендации МЗ РСФСР – 1981 г. – 11 с.
10. Mygind N. Epidemiology of allergic rhinitis. / N. Mygind, R. Dahl. // Ped. Allergy Immunol. – 1996. – Vol. 7. – Suppl. 9. – P. 57–62.
11. Jones N. Lasers in rhinology. / N. Jones // ENT News. – 1999. – Vol. 8. – N. 4. – p. 13.
12. Sibbald B. Epidemiology of seasonal and perennial rhinitis: Clinical presentation and medical history. / B. Sibbald, E. Rink // Thorax. – 1991. – Vol. 46 – P. 859–901.
13. Sibbald B. Epidemiology of rhinitis. / B. Sibbald. // Management update in rhinitis and nasal polyposis. A symposium report. – Lisbon. – 1995. – P. 6–11.

УДК: 616. 22–006. 6–089. 87–77

О ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. Э. Бойкова, А. М. Мкртумян

ФГУ НКЦ оториноларингологии Росздрава, г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Московский медицинский стоматологический университет им. Н. А. Семашко

(Зав. каф эндокринологии – А. М. Мкртумян)

Хронические рубцовые стенозы гортани – одна из самых сложных проблем в оториноларингологии и реконструктивной хирургии ЛОР-органов. Вопросы оптимального хирургического вмешательства и послеоперационного ведения таких пациентов являются залогом сокращения числа этапов лечения и быстрой реабилитации пациентов [7].

Больные с данной патологией составляют от 1,5 до 7% от пациентов ЛОР-отделений, и за последние 20 лет эта цифра имеет отчетливую тенденцию к росту [3, 7].

Актуальность проблемы определяется высоким уровнем бытового, производственного и транспортного травматизма, также увеличением количества рубцовых стенозов вследствие иатрогенной травмы и реанимационных мероприятий [13].

Длительные операции, проводимые под эндотрахеальным наркозом, экстренные интубации, искусственная вентиляция легких, высокие травматичные трахеотомии, неправильно подобранные трахеостомические трубки и дефекты послеоперационного ухода приводят к формированию стойкой рубцовой деформации гортани и трахеи [8, 9].

Наличие сопутствующей патологии, присоединяющиеся иммунные нарушения определяют особенности репаративных процессов в гортани и трахее. Это, в частности, вялое заживление ран вследствие изменения регенерирующих свойств тканей, избыточное рубцевание слизистой оболочки дыхательных путей; недостаточное кровоснабжение хрящевой тканей, что может приводить к маляции хрящевого каркаса гортани и трахеи [3, 5, 12].

Большинство клинических исследований посвящено отработке хирургических методик лечения и модификации систем протезирования просвета гортани и трахеи, однако процент