



УДК: 616. 211–089

**БЛИЖАЙШИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ****Н. Н. Науменко, С. Ю. Привалов, И. А. Антушева***Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является проблема лечения, проблема уменьшения уровня острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей, а также профилактика их осложнений и последствий. Для оториноларингологии актуальность указанной проблемы предопределяется, прежде всего, тем, что заболевания носа и околоносовых пазух и по настоящее время сохраняют лидерство в общей структуре патологии верхних дыхательных путей [1, 2, 3].

Анализ научной литературы по проблеме диагностики и лечения острых и хронических риносинуситов показывает, что и в настоящее время данная проблема не утратила своей актуальности, что связано, прежде всего, с высоким уровнем заболеваемости, высоким удельным весом заболеваний околоносовых пазух среди больных оториноларингологических стационаров, не уменьшающейся частотой рецидивирования синуситов и переходов воспаления в хронические формы.

Целью настоящего исследования явилось повышение качества лечения больных различными формами хронического гайморита путем изучения ближайших результатов эндоскопической хирургии хронических воспалительных и дистрофических изменений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

Для получения достоверной и научно обоснованной информации был разработан специальный протокол проведения научных исследований, в который, помимо так называемых паспортных данных, на каждого больного вносилась дополнительная информация, позволяющая решать задачи исследования и достижение цели исследования.

Диагноз заболевания основывался на жалобах больных, данных анамнеза, результатах клинического, рентгенологического и лабораторного исследований. При необходимости верификация диагноза проводилась на основе оперативного вмешательства с последующим гистологическим исследованием удаленного патологического материала

Для оценки состояния полости носа использовали показатели, характеризующие как анатомические, так и функциональные данные, связанные с изучаемой патологией верхнечелюстных пазух. При необходимости риноскопия дополнялась эндоназальной видеоскопией, для чего использовались жесткие эндоскопы фирмы «Karl Storz» диаметром 4 мм с торцевой оптикой с углами обзора 0 и 30 градусов.

Оценка дыхательной функции носа проводилась методом компьютерной риноманометрии с помощью риноманометра «РС 200», позволяющего определять динамическую зависимость скорости воздушного потока и носового воздушного давления с расчетом коэффициента носового сопротивления.

Исследовалась и обонятельная функция носа, также традиционными способами с использованием одориметрического паспорта В. И. Воячека.

Для оценки функционального состояния естественного соустья верхнечелюстных пазух применили схему, предложенную А. С. Лопатиным и Г. З. Пискуновым, предусматривающую оценку трех степеней нарушения проходимости соустья.

Транспортную функцию мерцательного эпителия оценивали с помощью сахаринового теста. Три миллиграмма порошка сахарина наносили на передние отделы слизистой оболочки нижних носовых раковин. Фиксировали время нанесения порошка и время появления сладкого привкуса во рту.

Полученные в результате проведенного исследования данные показывают, что в течение года после вскрытия верхнечелюстной пазухи дополнительное хирургическое вмешательство



потребовалось практически каждому десятому больному. В основном все дополнительные вмешательства касались восстановления нормальной дыхательной функции носа и были связаны с операцией (реоперацией) на перегородке полости носа, слизистой оболочке нижних носовых раковин. Каких-либо дополнительных хирургических вмешательств на верхнечелюстной пазухе не потребовалось.

При изучении функциональных показателей полости носа и околоносовых пазух установлено следующее.

Средняя величина двигательной функции мерцательного эпителия у обследованных больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Показатели двигательной функции мерцательного эпителия
у больных хроническим риносинуситом в ближайшем послеоперационном периоде

Форма хронического синусита	Средние значения показателей двигательной функции мерцательного эпителия
Гнойный гайморит	24,8 ± 2,2*
Пристеночно-гиперпластический гайморит	28,1 ± 2,3*
Полипозный гайморит	28,4 ± 2,4*
Гнойно-полипозный гайморит	28,2 ± 2,6*

Примечание: * – отличия достоверны от нормы при $p < 0,05$

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что при всех формах хронического риносинусита наблюдается статистически достоверное снижение двигательной функции мерцательного эпителия по сравнению с обследованными лицами в контрольной группе (ринологически здоровые).

Средние значения показателей обонятельной функции носа у больных хроническим риносинуситом в ближайшем послеоперационном периоде представлены в таблице 2.

Данные, представленные в таблице, показывают, что у больных полипозной и полипозно-гнойной формой хронического риносинусита и после оперативного вмешательства на верхнечелюстной пазухе наблюдается нарушение обонятельной функции носа.

Таблица 2

Средние значения показателей обонятельной функции носа (баллы)

Форма хронического синусита	Средние значения показателей обонятельной функции носа
Гнойный гайморит	1,1 ± 0,2
Пристеночно-гиперпластический гайморит	1,2 ± 0,2
Полипозный гайморит	1,8 ± 0,2*
Гнойно-полипозный гайморит	1,6 ± 0,4*

Примечание: * – отличия достоверны от нормы при $p < 0,05$

Показатели дыхательной функции носа у больных хроническим риносинуситом в ближайшем послеоперационном периоде представлены в таблице 3.

Как видно из данных, представленных в таблице 3, при всех формах хронического синусита в послеоперационном периоде не наблюдается существенного повышения общего носового сопротивления. Все усредненные показатели фактически идентичны показателям у лиц контрольной группы, при этом наибольшие величины показателей наблюдались при полипозной и гнойно-полипозной формах хронического синусита ($p < 0,05$).



Таблица 3

Показатели дыхательной функции носа у больных
с различными формами хронического синусита
(кПа*л¹/с) (M + m, p < 0,05)

Форма хронического синусита	Средние значения показателей дыхательной функции носа
Гнойный гайморит	28,4 ± 1,4
Пристеночно-гиперпластический гайморит	29,5 ± 1,5
Полипозный гайморит	30,8 ± 1,8
Гнойно-полипозный гайморит	30,6 ± 2,0

Примечание: * – отличия достоверны от нормы при p<0,05

Результаты исследования вентиляционной функции верхнечелюстных пазух носа при хронических риносинуситах представлены в таблице 4.

Как видно из данных, представленных в таблице 4, только при гнойной форме хронического гайморита в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдается существенного повышения значений вентиляционного сопротивления верхнечелюстной пазухи. Однако выявляются существенные нарушения вентиляционной функции соустьев верхнечелюстных пазух при полипозной и гнойно-полипозной формах хронического риносинусита.

Таблица 4

Показатели вентиляционной функции соустьев верхнечелюстных пазух у больных
с различными формами хронического синусита
(M + m, p < 0,05)

Форма хронического синусита	Средние значения показателей вентиляционной функции соустьев верхнечелюстных пазух
Гнойный гайморит	0,5 ± 0,12
Пристеночно-гиперпластический гайморит	1,00 ± 0,21
Полипозный гайморит	1,82 ± 0,4
Гнойно-полипозный гайморит	2,2 ± 0,4

В целом результаты исследований свидетельствуют о том, что при всех формах хронического риносинусита наблюдается статистически достоверное снижение двигательной функции мерцательного эпителия по сравнению с обследованными лицами в контрольной группе (ринолгически здоровые).

У больных полипозной и полипозно-гнойной формой хронического риносинусита и после оперативного вмешательства на верхнечелюстной пазухе наблюдается нарушение обонятельной функции носа.

При всех формах хронического синусита в послеоперационном периоде не наблюдается существенного повышения общего носового сопротивления. Все усредненные показатели фактически идентичны показателям у лиц контрольной группы, при этом наибольшие величины показателей наблюдались при полипозной и гнойно-полипозной формах хронического синусита (p < 0,05).

Полученные в результате проведенного исследования данные могут быть использованы в целях повышения качества хирургического вмешательства на околоносовых пазухах по поводу хронического воспаления слизистой оболочки и ее дистрофических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошель В. И. Хронические риносинуситы в регионе юга России. Этиологические, эпидемиологические аспекты, комплексные методы профилактики и лечения: Автореф. дис...докт. мед. наук / В. И. Кошель, СПб.: 1999. – 35 с.



2. Пискунов Г. З. Основные вопросы оториноларингологии настоящего времени / Г. З. Пискунов. Мат. XV съезда оториноларингологов РФ, – СПб: 1995. – Т. II – 405 – 411.
3. Современные принципы организации и методы лечения больных с патологией носа и околоносовых пазух / С. Л. Вардосанидзе, С. В. Рязанцев, В. И. Кошель и др. – СПб: РИА-АМИ, 2001. – 88 с.

УДК:616. 211–002. 193–056. 3

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРУГЛОГОДИЧНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

А. Н. Пащинин, Р. Ф. Галеев, Е. Н. Андриевская

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия

им. И. И. Мечникова

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Многочисленные эпидемиологические исследования, проводимые в различных регионах мира, указывают, что более 25 % населения страдает различными аллергическими заболеваниями. Среди наиболее часто встречающихся аллергических болезней важное место занимают риниты. Согласно международному консенсусу по лечению АР, аллергический ринит поражает около 10–20 % населения [3].

Несмотря на то, что развивающиеся при рините симптомы не являются угрожающими для жизни, они создают значительный дискомфорт, приводят к различным ограничениям в физических, психологических и социальных аспектах жизни пациентов, в тяжелых случаях приводят к проблемам в обучении и профессиональной карьере больного. АР является причиной страданий и снижения качества жизни пациентов [2, 8, 9].

Аллергический ринит (АР) – это иммуноглобулин (Ig) E–опосредованное воспаление слизистой оболочки носа, вызываемое причинно-значимым аллергеном, клинически проявляющееся обильной ринореей, назальной блокадой, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко anosмией.

Одним из ведущих симптомов при АР является ринорея – экссудация плазмы в воздухоносные пути и прилежащие ткани как реакция слизистой оболочки носа на аллергическое воздействие под влиянием медиаторов аллергического воспаления. Гистамин является основным медиатором, продуцируемым тучными клетками, однако другие медиаторы, такие как лейкотриены, простагландины, кинины через взаимодействие с нервными и сосудистыми рецепторами могут способствовать проявлению симптоматики. Гиперсекреция также может быть обусловлена высвобождением нейропептидов из окончаний холинэргических нейронов.

Ряд зарубежных исследователей показали эффективность местного воздействия антихолинэргического препарата – ипратропия бромид (ИБ) для блокады повышенной назальной секреции [4, 5, 6, 7 и др.]. Действие ИБ основано на эффективной блокаде мускариновых рецепторов желез слизистой оболочки, тем самым, прерывая парасимпатическую стимуляцию, опосредованную классическим медиатором ацетилхолином, уменьшает количество секрета, продуцируемого в ходе аллергической реакции.

Данный препарат упоминается во многих зарубежных клинических рекомендациях по лечению АР. В России под названием «Атровент» он широко используется в лечении бронхиальной астмы, так как доступен только в форме пероральных ингаляций. Данных по использованию ИБ для лечения аллергического ринита в России нет.

В ЦНИЛ СПбГМА им. И. И. Мечникова была исследована электрофоретичность препарата ИБ, дано заключение о возможности его введения в ткани организма с помощью постоянного или импульсного токов с положительного полюса.