



УДК: 616. 211-002. 2-616. 089. 2

## БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОДЕБРАЙДЕРА И КОБЛАТОРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

**И. В. Кошель**

*Ставропольская государственная медицинская академия.*

*(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Кошель)*

Гипертрофия носовых раковин развивается в силу множества различных по своей природе факторов, включая экзогенные и эндогенные факторы, поэтому и методов лечения данной патологии достаточно большое количество. Если даже устранить возможные неблагоприятные воздействия внешней среды физической и химической природы, воздействие инфекционных агентов и аллергенов, анатомические предпосылки и заболевания внутренних органов, приводящие к увеличению размеров носовых раковин, то для устранения затруднения носового дыхания в конечном итоге часто приходится прибегать к хирургическому вмешательству.

Способы лечения хронического гипертрофического ринита постоянно совершенствуются, преследуя основную цель – улучшение носового дыхания. Использование физических факторов в таких методах как гальванокаустика, криотерапия было распространено в арсенале ринохирургов XX века наряду с конхотомией. Более того, они имеют достаточное распространение и сегодня, что связано с широкой распространенностью рассматриваемой патологии и недостаточной оснащенностью современным оборудованием оториноларингологов районного звена. В последние десятилетия значительное распространение получили ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин, использование плазменных и радиочастотных установок.

Целью настоящей работы была оценка ближайших и отдаленных результатов применения шейверной системы и метода коблации у больных гипертрофическим ринитом.

Под нашим наблюдением находился 141 пациент в возрасте от 17 до 48 лет с установленным клиническим диагнозом хронический гипертрофический ринит, которые были разделены на две группы численностью 71 и 70 человек и имеющих, примерно, одинаковое распределение по полу и возрасту. В первой группе проводили нижнюю конхотомию с использованием микродебрайдера, во второй – плазменную коагуляцию нижних носовых раковин. Выбор метода лечения был в каждом случае согласован с пациентом.

У больных обеих групп наблюдения помимо традиционного осмотра ЛОР-органов проводили эндоскопическое исследование полости носа с использованием эндоскопов 0° и 30°, переднюю активную риноманометрию до и после анемизации слизистой оболочки полости носа. Показатели скорости воздушного потока и суммарного аэродинамического сопротивления на фоне анемизации позволяли, помимо субъективных ощущений пациентов, определить какой метод предпочтительней в конкретном случае. Как правило, если скорость воздушного потока была снижена на 10–15% от принятой нормы, а аэродинамическое сопротивление увеличено на 15–20%, а после анемизации восстанавливались до нормы, то предпочтение отдавали плазменной коагуляции. Напротив, если скорость воздушного потока до анемизации была снижена на 30% и более, а аэродинамическое сопротивление было увеличено более чем на 35%, и практически не менялись после, пациенту предлагали конхотомию с использованием микродебрайдера.

Ближайшие результаты лечения оценивали в период пребывания в стационаре, отдаленные в течение полугода и более после операции. Критериями оценки качества лечения служило соответствие разработанному в отделении клиническому пути ведения больных гипертрофическим ринитом, то есть наиболее оптимальному и одновременно наименее затратному и длительному из научно доказанных методов лечения. Отсутствие обильного пропитывания тампонов или выделений из полости носа, отсутствие кровотечения после удаления тампонов,



восстановление носового дыхания. Эти показатели рассматривались нами в так называемых контрольных точках, то есть на первые, третьи и шестые-седьмые сутки после операции. Клинический путь в отличие от стандарта в меньшей степени регламентирует работу врача и персонала, но позволяет, помимо контроля качества лечения, проводить своевременную его корректировку.

Частичное восстановление носового дыхания после проведенного вмешательства наступало у пациентов в обеих группах на 4–6 сутки и не имело существенных отличий в зависимости от метода лечения. Полное восстановление носового дыхания по субъективным данным наступало как правило на 9–10 сутки в период амбулаторного наблюдения. Объективную оценку носового дыхания по данным риноманометрии проводили через 3–4 недели после операции.

Длительность пребывания в стационаре составляла 6–7 койко-дней как при коблации нижних носовых раковин, так и после использования шейверной системы.

В отдаленном периоде эффективность лечения также оценивали по клиническим данным и результатам риноманометрии.

В течение года после проведенного лечения было выявлено по 4 случая повторного обращения, как после плазменной коагуляции, так и в результате шейверного воздействия на носовые раковины. В остальных случаях результаты лечения были расценены как клиническое выздоровление и значительное улучшение. Полученные данные подтверждены результатами анкетирования больных по оценке качества их жизни.

Таким образом, использование микродебрайдера и коблатора при хроническом гипертрофическом рините дает хорошие ближайшие и отдаленные клинические результаты. Плазменная коагуляция нижних носовых раковин зарекомендовала себя как более щадящий метод лечения, однако его клиническая результативность во многом определяется правильным алгоритмом обследования и выбора способа воздействия.

**УДК: 616. 28-008. 14-616-053. 7-084**

## **ОСОБЕННОСТИ ОВЛАДЕНИЯ УЧЕБНОЙ ЛЕКСИКОЙ КАК КРИТЕРИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ СТАРШЕКЛАССНИКОВ**

**О. О. Малхасьян**

*Центр образования № 1406, Москва*

Реабилитация учащихся со стойкими нарушениями слуха (глухотой, тугоухостью), обучающихся в специальных коррекционных школах I и II вида, носит разноаспектный характер. Медицинский аспект включает медикаментозное и оперативное воздействие на слуховой анализатор в целях сохранения или улучшения слуховой функции. Техническая реабилитация предполагает обеспечение глухих и слабослышащих звукоусиливающими устройствами, визуальными приборами коррекции произносительной стороны речи, специальными бытовыми приборами. Социальная реабилитация направлена на улучшение обслуживания инвалидов по слуху, в том числе предоставление им услуг сурдопереводчиков. Профессиональная и трудовая реабилитация имеют своей целью создание условий для получения глухими и слабослышащими профессиональной подготовки, адекватной требованиям современного рынка труда.

Все названные направления реабилитации позволяют в итоге лицам с нарушенным слухом влиться в окружающий социум, адаптироваться в нем. Однако эффективность социализации в первую очередь зависит от качества педагогической реабилитации, содержание которой определяется спецификой вторичных нарушений поврежденного слухового анализатора.