

родное тело изменило положение, создавая угрозу закрытия дыхательной щели в связи с его большими размерами. В положении лежа на спине с готовностью срочного наложения трахеостомы при прямой ларингоскопии удалено инородное тело, оказавшееся фрагментом жаберной крышки размерами 25 x 10 x 1 мм. Нарушения дыхания не было, голос восстановился. После курса противовоспалительной терапии без осложнений выписан домой.

Особенностью данного наблюдения является длительное нахождение крупного инородного тела в гортани с незначительной симптоматикой. Обращает на себя внимание недооценка медицинскими работниками опасности молниеносного развития смертельных осложнений у больных с инородными телами верхних дыхательных путей.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Р.Г. БАТЫРШИН, Т.Р. БАТЫРШИН.

Казанская государственная медицинская академия.

В настоящее время вазомоторный ринит (ВР) занимает одно из ведущих мест в патологии полости носа, при этом отмечается значительный рост частоты заболеваемости среди населения (B. Sjöbald, E. Rink, 1991). Многофакторный этиопатогенез ВР, высокий уровень рецидивов ВР обуславливает необходимость разработки новых методов лечения с учетом особенностей патогенетических механизмов заболевания.

Цель исследования

Изучение состояния нервного аппарата слизистой оболочки носа у больных ВР и оценка эффективности ряда консервативных и хирургических методов лечения ВР с использованием полученных результатов нейроморфологического исследования.

Материалы и методы

В работе изучено состояние нервных элементов слизистой оболочки нижних носовых раковин, его вегетативного компонента, на препаратах слизистой оболочки нижних носовых раковин, взятых у 52 больных вазомоторным ринитом с применением гистологических и гистохимических методов. Для контроля были использованы участки слизистой оболочки нижних носовых раковин, взятые при аутопсии у погибших от случайных травм (20 случаев).

Важно отметить, что на срезах, окрашенных по Бильшовскому-Грос и по Карновскому-Рутс (для выявления холинергической иннервации), выраженных реактивных и дегенеративных изменений со стороны нервных окончаний слизистой оболочки нижних носовых раковин у больных вазомоторным ринитом, по сравнению с контрольной группой, не выявлено.

С целью исследования адренергической иннервации нами применен метод инкубации препаратов в растворе глиоксиловой кислоты по Линдвалю-Бюркунду в модификации В.Н. Швалева, Н.И. Жучковой (1990). С целью дифференциации патоморфологических и инволютивных возрастных изменений симпатических нервных структур нами были выделены три возрастные группы: группа А (от 16 до 30 лет), группа В (от 31 до 50 лет), группа С (от 51 до 70 лет).

В группе контроля при микроскопии препаратов слизистой оболочки нижних носовых раковин отмечалась интенсивная люминесценция пучков адренергических нервных волокон в подслизистом слое. В возрастной контрольной группе А была обнаружена высокая концентрация симпатических нервных образований, в то время как в группе В на фоне развитой адренергической иннервации отмечалось незначительное снижение насыщенности указанных волокон. В группе С определялась еще достаточно высокая плотность симпатических нервных образований в слизистой оболочке, однако при этом у пожилых людей имелось некоторое снижение уровня люминесценции, зоны высокой концентрации адренергических нервных элементов во многих случаях единичны и имеют очаговый характер. Эти сведения согласуются с современными, основанными на законе Кеннона-Розенблюта (1951) представлениями о естественном процессе инволюции периферических симпатических нервных образований, который в наибольшей степени изучен на примере сердца и крупных сосудов (В.Н. Швалев и соавт., 1992). Применительно к процессу де-

симпатизации это правило выражается в увеличении количества адренорецепторов и постепенном переходе симпатической регуляции на гуморальный тип у людей после 50 лет, что подтверждено исследованиями в.н.с В.Н. Швалева и соавт. (2001).

При изучении препаратов слизистой оболочки нижних носовых раковин больных вазомоторным ринитом в группе А, при сравнении с группами В и С, выявлена более выраженная концентрация симпатических нервных волокон различного диаметра, особенно по ходу артериальных сосудов и в стенках вен. На препаратах слизистой оболочки пациентов группы В видно некоторое снижение плотности указанных волокон в стенках кровеносных сосудов, местами выявляются их дегенеративные изменения. В группе С четко проявились инволютивные изменения нервных сплетений слизистой оболочки нижних носовых раковин. При анализе препаратов обнаружены единичные, слабо люминесцирующие адренергические волокна с выраженными варикозностями, местами определяются очаги полной десимпатизации. Наибольшая глубина денервационных процессов с инволюцией описываемых нервных сплетений обнаружена при изучении препаратов пациентов 65-70 лет.

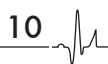
В целом при анализе биопсийного материала больных вазомоторным ринитом старше 50 лет выявлена выраженная десимпатизация слизистой оболочки нижних носовых раковин.

Выявленные изменения свидетельствуют о различной степени нарушений адаптационно-трофической функции ВНС, особенно ее адренергического звена, что клинически проявляется в развитии характерных симптомов вазомоторного ринита.

При оценке методов лечения пациенты (100 человек) были разделены на две группы. В 1-ю группу вошло 56 человек, получавших лечение 15% водным раствором Димефосфона в течение трех недель. В подгруппе 1А 28 человек получали препарат исключительно местно, в подгруппе 1В у 28 человек местное лечение сочеталось с приемом препарата внутрь. Во 2-й группе 64 пациента были подвергнуты подслизистой вазоплексотомии нижних носовых раковин. Исследование эффективности лечения проводилось по степени и срокам нормализации эндоскопической картины, восстановлению основных функций носа, а также по субъективному критерию — исчезновению или уменьшению жалоб.

Оценка выраженности эффекта лечения Димефосфоном на основании уменьшения жалоб у больных показала, что в течение курса более интенсивная динамика улучшения отмечалась в подгруппе 1В. К окончанию курса местного лечения Димефосфоном нормализация риноскопической картины отмечалась у 20 пациентов из данной подгруппы и у 16 пациентов подгруппы 1А. Результаты исследования дыхательной и транспортной функций полости носа также говорят об их улучшении, несколько более выраженном в подгруппе 1В. По прошествии шести месяцев с момента окончания лечения Димефосфоном нами был проведен контроль состояния полости носа у больных ВР, в ходе которого подтверждена более высокая эффективность лечения у больных группы 1В: у 15 пациентов определялась нормальная риноскопическая картина.

В ходе работы в группе 2 была изучена эффективность операции подслизистой вазоплексотомии нижних носовых раковин, предложенной С.З. Пискуновым (1987), с учетом возрастного



аспекта. Из результатов оценки подслизистой вазоплексотомии в различных возрастных категориях видно, что у пациентов старшего возраста (51-70 лет) процесс восстановления нормальной риноскопической картины более продолжителен. Так, к шестым суткам у пациентов от 51 до 70 лет данные симптомы наблюдались чаще: в старшей возрастной категории отек слизистой оболочки отмечался в 45,0%, в младшей категории — в 13,1% случаев. Через шесть месяцев по результатам обследования для пациентов старшей возрастной группы также был характерен более высокий уровень рецидива отека слизистой оболочки.

Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют предположить наличие процесса возрастной десимпатизации слизистой оболочки носа. В нейроморфологии общепризнанным является тот факт, что адренергические нервные волокна — самые нестойкие и ранее всего подвергающиеся возрастной инволюции. Нами выявлена более выраженная десимпатизация слизистой оболочки у больных вазомоторным ринитом, что особенно заметно при сопоставлении препаратов пациентов старшей возрастной группы в сравнении с контрольным материалом аналогичной возрастной категории. Этот факт говорит о существовании процессов снижения адренергической активности в слизистой оболочке носа у больных вазомоторным ринитом.

Исходя из результатов анализа методов лечения и учитывая полученные данные морфологического исследования, можно предполагать, что увеличение сроков нормализации состояния слизистой оболочки носа после подслизистой вазоплексотомии — следствие инволюции симпатических нервных сплетений, характерной для возраста старше 50 лет (В.Н. Швалев и соавт.,

2001), а также возрастного снижения репаративной и иммунной функций. Хирургическая травматизация адренергического нервного аппарата, ответственного за естественный сосудосуживающий механизм, способна вызвать рецидив отека слизистой оболочки и усиление процессов снижения трофики. Следовательно, подслизистая вазоплексотомия нижних носовых раковин в лечении ВР максимально эффективна у пациентов до 50 лет.

Лечение ВР у пациентов более старшего возраста должно включать в себя преимущественно консервативные методы, действие которых направлено на стабилизацию вегетативного гомеостаза и улучшение микроциркуляции в сосудистом русле слизистой оболочки носа. Препаратом выбора при этом может служить Димефосфон. Результаты обследования больных, прошедших курс лечения Димефосфоном, говорят о том, что воздействие препарата на слизистую оболочку полости носа имеет выраженный положительный эффект. Препарат обладает выраженным вегетостабилизирующим действием, что является необходимым условием принципиального подхода в лечении ВР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пискунов С.З. Методика щадящего хирургического лечения больных вазомоторным и гиперпластическим ринитом//Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1987. — № 4. — С. 32-34.
2. Швалев В.Н., Сосунов А.А., Гуски Г. Морфологические основы иннервации сердца. — М., Наука, 1992.
3. Швалев В.Н., Тарский Н.А. Феномен возрастной инволюции симпатического отдела вегетативной нервной системы//Кардиология. — 2001. — № 2. — С. 10-14.
4. Sibbald B., Rink E. Epidemiology of seasonal and perennial rhinitis — Clinical presentation and history//Thorax. — 1991. — Vol. 46, № 12. — P. 895-901.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЛИЦ, ПОВТОРНО ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

(по материалам районных БМСЭ г. Москвы)

К.М. АВОЯН, С.Б. ШАХСУВАРЯН, О.В. АНДРИАНОВ, Н.В. СУТОРМИНА.

Клиника ФГУ «Федерального бюро медико-социальной экспертизы», г. Москва.

Высокий уровень инвалидности вследствие поражения органа слуха обусловлен высоким уровнем тугоухости и ее стойкостью, ограничивающей основные категории жизнедеятельности.

Сведения об уровне повторной инвалидности по материалам районных бюро МСЭ больных с нейросенсорной тугоухостью и глухотой мало освещаются. Все это послужило поводом для представления и анализа имеющихся сведений о повторной инвалидности данного контингента больных. Анализ данных приведен по материалам районных бюро МСЭ: Замоскворецкого, Хамовнического (ЦАО), Даниловского (ЮАО) и Лефортовского (ЮВАО) г. Москвы за период с 1997 года по 2003 год — за период действия современных нормативных документов по определению инвалидности.

Всего было повторно освидетельствовано 409 больных с нейросенсорной тугоухостью (196 мужчин и 213 женщин).

Распределение контингента лиц, повторно освидетельствованных, по возрастным группам среди мужчин и женщин представлено в таблице 1.

Анализ возрастного состава повторно освидетельствованных больных вследствие нейросенсорной тугоухости показал, что доля инвалидов молодого возраста (женщины до 44 лет, мужчины до 49 лет) уменьшилась с 67,3% в 1997 году до 58,8% в 2003 году, составив в среднем за семь лет 65,1%. Доля инвалидов среднего возраста (45 — 54 лет женщины, 50 — 59 лет мужчины) уменьшилась с 25,0% в 1997 году до 23,5% в 2003 году, составив в среднем 25,4%.

Доля инвалидов пенсионного возраста (женщин старше 55 лет, мужчин старше 60 лет) увеличилась с 7,7% в 1997 году до 17,6% в 2003 году, составив в среднем 9,5%.

Таким образом, 90,5% изучаемого контингента больных стали инвалидами в трудоспособном возрасте. Это свидетельствует о необходимости проведения квалифицированной медико-социальной реабилитации и, соответственно, дальнейшей разработки мероприятий по ее усовершенствованию.

Состав контингента повторно признанных инвалидами по группам инвалидности за исследуемый период приведен в таблице 2.

Из таблицы 2 следует, что за все годы наблюдения при повторном освидетельствовании III группа инвалидности была установлена в среднем 92,2% больным, II группа — 2,9% больным. Следовательно, 95,1% больных повторно были признаны инвалидами III и II групп.

Анализ причин инвалидности показал, что инвалиды с детства составляют 2,9%, инвалиды от общего заболевания 95,1%.

В контингенте меньше инвалидов с профессиональным заболеванием (13,4%), значительно меньше инвалидов с прохождением военной службы (0,8%) и несчастных случаев на производстве (0,8%).

Группа инвалидности бессрочно установлена у 39,2% инвалидов, в то время как лица со сроком переосвидетельствования составили 60,8%.