



Выводы:

1. Количество артерий в области нижней трети небных миндалин значительно больше, чем в области верхнего полюса и середины.
2. Количество вен на всех уровнях практически в два раза больше, чем артерий, также увеличиваются показатели от верхнего к нижнему полюсу небной миндалины.
3. Нижний полюс небной миндалины кровоснабжается в большей степени по сравнению с другими отделами миндалины, поэтому кровотечение наиболее часто возникает из области нижнего полюса, поэтому при тонзилэктомии следует соблюдать особую осторожность при выделении и отсечении нижнего полюса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианова Н. Ю. Гемостаз во время тонзилэктомии и профилактика послеоперационного кровотечения / Н. Ю. Андрианова // Вестн. оторинолар. – 1983. – № 1. – С. 7–10.
2. Бабияк В. И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В. И. Бабияк, Я. А. Накатис. – 800 с.
3. Кац А. И. Кровеносное русло небной миндалины в норме и при хроническом тонзиллите.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Кац. – Ивано-Франковск., 1969. – 18 с.
4. Лопотко И. А. Острый и хронический тонзиллит, их осложнения и связь с другими заболеваниями / И. А. Лопотко, О. Ю. Лакоткина. – Л.: Медгиз, 1963. – 134 с.
5. Малхазова К. А. Внутриорганные лимфатические капилляры и сосуды небных миндалин человека в «норме» и при хроническом тонзиллите.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. А. Малхазова. – Л., 1959. – 24 с.
6. Орлеанский К. А. К вопросу об анатомии и хирургии миндалевидных желез.: Дис. ... докт. мед. наук / К. А. Орлеанский. – М., 1909. – 186 с.
7. Оськина И. К. К анатомии артерий небных миндалин.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. К. Оськина. – Л., 1953. – 18 с.
8. Смирнова Н. В. Микроциркуляторное русло небных миндалин и паратонзиллярных тканей у человека.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Смирнова. – М., 1972. – 14 с.

УДК: 616. 211-089

**ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПОЛОСТИ НОСА**

Ф. А. Садыхов

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

(Начальник каф. отоларингологии – Засл.врач РФ, проф. М. И. Говорун)

Анализ научной литературы показывает, что традиционно одной из актуальных проблем современной оториноларингологии является проблема лечения и профилактики заболеваний носа и околоносовых пазух [8].

В детском возрасте удельный вес различных заболеваний носа и околоносовых пазух колеблется от 18 до 42% [1], а среди взрослого, наиболее трудоспособного населения – 10–15% [3, 11]. Кроме того, в общей структуре госпитализированных больных заболевания полости носа и околоносовых пазух составляют до 30–45% всех больных в ЛОР стационарах [2, 3, 5, 8, 13]. Во многих исследованиях обращается внимание на тот факт, что в последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению удельного веса патологии носа и околоносовых пазух (до 30–35% в общей структуре патологии ЛОР-Органов) [1, 8, 12], при этом ежегодно данный показатель увеличивается на 1,5–2% [6].

Вследствие этого проблема профилактики и лечения полости носа и околоносовых пазух является одной из важных проблем оториноларингологии [1].

При этом следует учитывать, что в медицинской статистике имеются объективные показатели здоровья и результатов лечения, такие как заболеваемость, количество осложнений, летальность. Но они не дают возможность оценить субъективное состояние здоровья человека, которое



является более полным и приближенным к жизни, чем объективная оценка. Именно вследствие этого восприятие пациентом степени собственного благополучия получило критерий «качества жизни», которое является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного [4]. Методы оценки качества жизни в медицине в настоящее время используются в объективизации результатов лечения больных, что позволяет определить тактику лечения, объем оперативного вмешательства, целесообразность применения некоторых методик с целью лечения патологических состояний [9].

Согласно современным концепциям медицины, понятие «качество жизни» в современных условиях тесно связано с таким понятием, как «качество медицинской помощи», а создание систем управления качеством медицинской помощи – одно из наиболее приоритетных направлений реформирования отечественного здравоохранения [7, 10].

По мнению исследователей, понятие «качество медицинской помощи», несмотря на внешнюю простоту, имеет противоречивые трактовки [7]. Неоднозначны подходы и к оценке качества со стороны различных субъектов медицинского страхования. Врачи оценивают качество своей работы и деятельности своих коллег с одних позиций, больные – с других, органы здравоохранения и страховые компании – с третьих. При этом непрерывно изменяются требования к уровню медицинской помощи в связи с появлением новых возможностей, в том числе и в связи с развитием высоких медицинских технологий [10].

В связи с этим возникает необходимость решения важной задачи оториноларингологии – разработка принципиальных основ клинической системы качества медицинской помощи и ее обеспечения, что и послужило целью и предопределило конкретные задачи настоящего исследования.

Целью исследования явилось повышение качества лечения больных с патологией полости носа на основе выработки объективных индикаторов качества лечения вне зависимости от субъективных ощущений больного.

В основные задачи исследования входило изучение показателей дыхательной и обонятельной функции носа и их динамики в различные сроки после проведенного оперативного вмешательства.

Для решения поставленных в исследовании задач и для достижения цели исследования было проведено всестороннее обследование 30 больных (18 мужчин и 12 женщин) с диагнозом искривление перегородки носа и вазомоторный ринит. Все больные были в возрасте от 18 до 30 лет.

В общеклиническое обследование входило изучение жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни больного, результатов исследования состояния органов и систем организма с целью исключения сопутствующей патологии внутренних органов. Проводились соответствующие лабораторные исследования крови и мочи.

Обязательным методом обследования для всех пациентов явилась рентгенография околоносовых пазух.

Оценку обонятельной функции носа проводили с помощью традиционных препаратов, входящих в одориметрический паспорт В. И. Воячека.

Оценка дыхательной функции носа проводилась методом компьютерной риноманометрии с помощью риноманометра «РС 200», что позволяло получать не только цифровой, но и графический материал.

Исследование изучаемых показателей проводилось непосредственно после удаления тампонов из полости носа после проведенной операции на протяжении 5 дней пребывания больного в стационаре, а также один раз в месяц после его выписки на протяжении года. При этом учитывались показатели как до анемизации слизистой оболочки полости носа, так и после анемизации.

Результаты эндоскопического обследования полости носа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота эндоскопических признаков патологии у больных после проведенного оперативного вмешательства

Эндоскопические признаки патологии	Количество больных (%)				
	На третьи сутки после операции	На 5-е сутки после операции	Через 1 месяц после операции	Через 6 месяцев после операции	Через 1 год после операции
Отек (набухание) слизистой оболочки полости носа	100	100	82	10	3,33
Гиперемия слизистой оболочки полости носа	100	60	10	-	6,66
Патологическое отделяемое в носовых ходах	100	100	73,33	10	6,66
Перфорация перегородки носа	-	-	-	3,33	-

Данные, представленные в таблице, показывают, что в основном к моменту выписки больного из стационара (при переводе его на амбулаторное лечение), у большинства больных сохраняются послеоперационные реактивные явления в полости носа (отек или набухание слизистой оболочки нижних носовых раковин), гиперемия слизистой оболочки перегородки носа и нижних носовых раковин, наличие патологического отделяемого в носовых ходах (слизистое отделяемое, серозные и серозно-кровянистые корки).

У большинства больных аналогичные изменения наблюдаются и спустя один месяц после оперативного вмешательства.

Результаты исследования показателей обонятельной функции носа и их динамика представлены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика степени обоняния у больных после проведенного оперативного вмешательства

Степень обоняния	Количество больных (%)				
	На третьи сутки после операции	На 5-е сутки после операции	Через 1 месяц после операции	Через 6 месяцев после операции	Через 1 год после операции
Первая	-	30	100	100	100
Вторая	70	50	-	-	-
Третья	30	20	-	-	-
Аносмия	-	-	-	-	-

Результаты исследования, представленные в таблице, показывают, что в результате реактивных послеоперационных явлений на третьи сутки после операции у всех больных наблюдается респираторная аносмия (у 70% – второй степени, у 30% – третьей степени). При выписке из стационара (как правило, на 5-е сутки после проведенного оперативного вмешательства) наблюдается резко положительная динамика, а у каждого третьего больного – восстановление нормальной обонятельной функции.

Результаты исследования показателей дыхательной функции и их динамика представлены в таблице 3.

Динамика показателей дыхательной функции носа по данным компьютерной ринометрии после проведенного оперативного вмешательства у обследованных больных в графическом варианте представлена также на рисунке.



Таблица 3

Динамика показателей дыхательной функции носа по данным компьютерной риноманометрии после проведенного оперативного вмешательства у обследованных больных

Условия проведения исследования	Показатели компьютерной риноманометрии				
	На третьи сутки после операции	На 5-е сутки после операции	Через 1 месяц после операции	Через 6 месяцев после операции	Через 1 год после операции
До анемизации слизистой оболочки полости носа	0,42 + 0,04*	0,38 + 0,04*	0,32 + 0,018*	0,28 + 0,022	0,28 + 0,03*
После анемизации слизистой оболочки полости носа	0,34 + 0,03*	0,32 + 0,032*	0,28 + 0,022	0,26 + 0,02	0,26 + 0,02

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

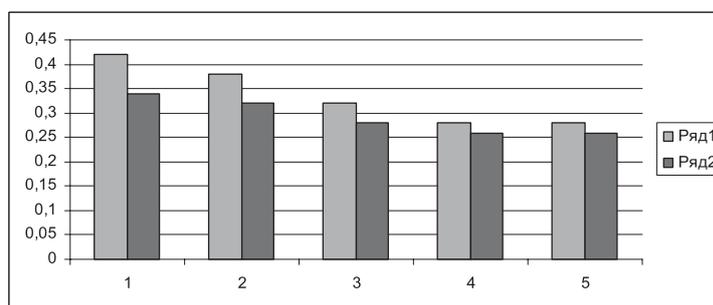


Рис. Динамика показателей дыхательной функции носа по данным компьютерной риноманометрии после проведенного оперативного вмешательства у обследованных больных: 1 – на третьи сутки после операции, 2 – на 5-е сутки после операции, 3 – через 1 месяц после операции, 4 – через 6 месяцев после операции, 5 – через 1 год после операции (ряд 1 – до анемизации слизистой оболочки полости носа, ряд 2 – после анемизации слизистой оболочки полости носа).

Результаты исследования, представленные как в таблице, так и на рисунке, показывают, что на протяжении одного и более месяцев после проведенного оперативного лечения в основном сохраняется нарушение дыхательной функции носа. Среднестатистические показатели достоверно отличаются от аналогичных в контрольной группе до анемизации слизистой оболочки полости носа. И только спустя шесть месяцев после проведенного оперативного лечения все показатели стабилизируются и дыхательная функция носа восстанавливается в полном объеме.

В целом полученные в результате проведенного исследования данные показывают, что при выписке больного из стационара после проведения септум-операции и механической дезинтеграции нижних носовых раковин по объективным показателям как обонятельной, так и дыхательной функции носа невозможно говорить о достижении результата лечения – восстановления нормальной дыхательной функции носа. Однако в целом, спустя шесть месяцев после операции показатели компьютерной риноманометрии могут быть объективными критериями, или индикаторами качества медицинской (хирургической) помощи, а их динамика отражением купирования реактивных явлений, вне зависимости от результатов эндоскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров В. И. Системные механизмы острых и хронических риносинуситов / В. И. Егоров, Ю. Х. Михайлов. – М.: Наука, 2004. – 174 с.
2. Клинико-биохимические особенности вибротерапии при острых и хронических экссудативных синуситах / Е. М. Зеленкин, А. Н. Петровская, Л. Г. Цырульникова [и др.] Матер. XVI съезда оториноларингологов РФ – СПб: РИА-АМИ, 2001. – С. 581 – 585.
3. Крюков А. И. Адекватная антибиотикотерапия острого и вялотекущего риносинусита / А. И. Крюков, М. Н. Шубин // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 8. – С. 358 – 361.



4. Новик А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: Элби. 1999. – 140 с.
5. Парасинауальное введение антибиотиков при острых и хронических заболеваниях верхнечелюстных пазух / А. А. Белостоцкий, К. В. Маляр, Д. О. Севрюков, В. Н[и др.] Матер. XVI съезда оториноларингологов РФ – СПб: РИА–АМИ, 2001. – С. 518 – 520.
6. Пискунов Г. З. Основные вопросы оториноларингологии настоящего времени / Г. З. Пискунов Материалы XV съезда оториноларингологов России – СПб: Б. и., 1995. – Т. II – 405 – 411.
7. Саввин Ю. Н. Управление качеством медицинской помощи – основа реформирования лечебно–диагностического процесса / Ю. Н. Саввин, В. А. Гуляев // Военно–медицинский журнал. – 1999. – Т. 320, № 2. – С. 30 –39.
8. Тугай А. Б. Клиническая модель системы качества медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях ЛОР-органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.. Тугай. – СПб, 2006. – 16 с.
9. Шевченко Ю. Л. Концепция исследования качества жизни в кардиологии / Ю. Л. Шевченко // Вестн. Рос. Военно–Медицинской Академии. – 2000. – № 1 – С. 5 – 13.
10. Щепин О. П. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: Методические материалы / О. П. Щепин, А. Л. Линденбратена – М.: Изд. НИИ СГЭиУЗ им. Н. А. Семашко, 1995. – 79 с.
11. Эпидемиология полипозных риносинуситов / А. А. Ланцов, С. В. Рязанцев, Б. М. Цецарский и др. – СПб: РИА–АМИ, 1999а. – 96 с.
12. Ballenger J. J. Diseases of the Nose, Throat, Head and Neck. – 15th Edition / J. J. Ballenger. – Philadelphia: Lea and Febiger, 1996. – 1432 p.
13. Penttila M. Functional endoscopic sinus surgery / M. Penttila. – Tampere, 1995. – 76 p.

УДК 616. 211:612. 017. 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА В РИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю. Ю. Самуйлов

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. М. Портенко)

Слизистые оболочки в силу своего топографического положения первыми подвергаются воздействию патогенов [14], при этом они обладают комплексом факторов неспецифической и специфической (иммунной) защиты, обеспечивающих в большинстве случаев надёжный барьер на пути проникновения антигенов (Рис. 1).

Иммунологическая защита слизистой оболочки верхних дыхательных путей определяется в первую очередь секреторными антителами [3].

Именно sIgA играет ведущую роль в обеспечении специфической защиты слизистых оболочек, благодаря ему блокируется адгезия широкого спектра микроорганизмов к эпителиальным клеткам, также, в меньшей степени, sIgA усиливает фагоцитоз патогенов и активирует каскад белков комплемента [12,14]. Этот тип секреторного иммунитета слизистых оболочек представляет собой первую линию гуморальной защиты, обозначаемую термином «иммунное исключение», поскольку предупреждает попадание чужеродных антигенов во внутреннюю среду организма [3], что помогает обеспечить её сохранность на уровне «входных ворот» [7]. В верхних дыхательных путях синтезируется также IgM, но его концентрация в носовом секрете более чем в 100 раз меньше содержания sIgA [3]. IgE практически полностью остается в рыхлой соединительной ткани подслизистой основы, где связывается со специальными рецепторами тучных клеток, в носовых же секретах здоровых лиц обнаруживаются следовые количества IgE и IgD плазменного происхождения [12]. Попадание IgG в состав носового секрета не является следствием специального транспорта [12], подобно sIgA. IgG проходит по межклеточным пространствам путем пассивной диффузии из интерстициальной тканевой жидкости через поверхность эпителия, и увеличение его содержания является, в большей степени, следствием повышения проницаемости эпителиального пласта в условиях воспаления.