



ЛИТЕРАТУРА

1. Гречко А. Т. Фармакологическая коррекция быстродействующими адаптогенами хирургической травмы при реконструктивных операциях на среднем ухе / А. Т. Гречко, Л. А. Глазников, Г. А. Кочергин. Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». – СПб.: «РИА-АМИ», 2001. – С. 65–67.
2. Кротов Ю. А. Хирургическая миринопластика с использованием фиксатора неотимпанального трансплантата / Ю. А. Кротов. Мат. Рос. науч.-практ. конф. отоларингологов «Проблемы и возможности микрохирургии уха». – Оренбург, 2002. – С. 71–73.
3. Крупаткин А. И. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови / А. И. Крупаткин, В. В. Сидоров. – М.: «Медицина», 2005. – 256 с.
4. Макаревич И. Г. Применение АИГ-неодимового лазера при тимпанопластике / И. Г. Макаревич, Е. В. Ильинская, С. В. Старцев. Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». – СПб.: «РИА-АМИ», 2001. – С. 95–98.
5. Применение лазерной сварки при миринопластике / М. С. Плужников, О. Д. Ягмуров, Филимонов С. В. и др. Мат. Рос. науч.-практ. конф. отоларингологов «Проблемы и возможности микрохирургии уха». – Оренбург, 2002. – С. 96–98.
6. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха / М. Тос. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2004. – Т. 1. – 412 с.
7. Cochlear blood flow measurement in patients with Meniere's disease and other inner ear disorders / Selmani Z., Pyukko I., Ishizaki H. et al. // Acta Otolaryngol. Suppl. 545. – 2001. – P. 10–13.
8. Contribution of stapedial artery to blood flow in the cochlea and its surrounding bone / Yamamoto H, Tominaga M, Sone M. et al. // Hear Res. – 2003. – Vol. 186, N1–2. – P. 69–74.
9. Myringoplasty: a prospective audit study / Kotecha B., Fowler S., Topham J. // Clin. Otolaryngol. – 1999. – N24. – P. 126–129.
10. Response of cochlear blood flow to prostaglandin E1 applied topically to the round window / Tominaga M, Yamamoto H, Sone M. et al. // Acta Otolaryngol. – 2006. – Vol. 126, N3. – P. 232–6.
11. Royal college of surgeons comparative ENT audit 1990 / Ryan R. M., Brown P. M., Cameron J. M. // Clin. Otolaryngol. – 1993. – Vol. 18, N6. – P. 541–546.
12. The evaluation of isoflurane's effect on the cochlear blood flow / Albera R., Tondolo E., Ferrero V. et al. // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 1995. – N15. – P. 289–293.
13. Tympanic reperforation in myringoplasty: evaluation of prognostic factors / Albera R., Ferrero V., Lacilla M. et al. // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 2006. – Vol. 115, N12. – P. 875–9.
14. Yung T. T. Mediolateral graft tympanoplasty for anterior or subtotal tympanic membrane perforation / T. T. Yung, S. K. Park // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2005. – Vol. 132, N4. – P. 532–6.

УДК: 616.321–073–076

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ МЕТОДОМ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ И ЦИТОМОРФОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ ФАРИНГИТОМ

О. В. Болдырева

*КГУЗ Красноярская краевая клиническая больница
(Главный врач – Б. П. Маштаков)*

Хронический атрофический фарингит – полиэтиологическое заболевание, часто встречающееся на амбулаторном приеме врача-оториноларинголога и терапевта, приводящее к снижению качества жизни, а при обострении к утрате трудоспособности.

Целью исследования явилось изучение состояния микроциркуляторного русла и оценка цитоморфологической картины слизистой оболочки задней стенки глотки у пациентов с хроническим атрофическим фарингитом.

Материалы и методы

За период с 2002 по 2007 гг. на базе ЛОР-клиники Государственного учреждения здравоохранения Краевой клинической больницы города Красноярска было проведено обследование и лечение 124 больных с атрофическим фарингитом, из них 71 женщин и 53 лица



мужского пола, жителей городской и сельской местности Центрального Сибирского региона. В возрасте 44–57 лет атрофия слизистой оболочки глотки встречалась у 44,35 % наблюдаемых больных, а в возрасте 30–43 года – 27,4 % и в возрасте 58–61 год процент таких больных составил 28,25 %, причем во всех возрастных группах преобладали лица женского пола (57,26 %).

Наблюдаемых больных, согласно классификации [1], мы разделили на три группы в зависимости от степени дистрофии.

Так как на приеме основной процент обращавшихся пациентов – это люди работоспособного возраста, у 41 (33,06 %) больного установлена дистрофия I степени, у 47 (37,9 %) – дистрофия II степени и у 36 (29,03 %) – дистрофия III степени. Каждую группу с I, II, III степенью дистрофии мы разделили на основную – пациенты, получавшие лечение препаратом даларгин и контрольную – плацебо (получавших воду для инъекций).

Из 124 больных дистрофией слизистой оболочки глотки 20 больных ранее перенесли тонзиллэктомию. У 3 больных (15 %) развивалась дистрофия I степени через 5–10 лет. Дистрофия II степени развивалась у 7 больных (35 %) через 11–20 лет, и у 10 больных (50 %) развивалась дистрофия III степени через 20 и более лет.

Таким образом, выраженность дистрофических изменений слизистой оболочки глотки прямо пропорциональна длительности времени после тонзиллэктомии, что согласуется с литературными данными [3, 13].

Изучая взаимосвязь дистрофии слизистой оболочки глотки с сопутствующими заболеваниями [4, 5, 6,] на первом месте по частоте встречаемости, выявлена хроническая желудочно-кишечная патология у 88,7 % больных, такие заболевания как хронический гастрит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дисбактериоз кишечника и состояния после оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте.

На втором месте распространенный остеохондроз, а также шейного отдела позвоночника у 76,6 % больных с данной патологией. И на третьем месте эндокринные заболевания, а также состояния после операций на щитовидной железе у 74,1 % больных, сердечно-сосудистая патология у 72,5 % больных.

Основную группу 42 человека составили пациенты, получавшие лечение препаратом даларгин, из них с I степенью дистрофии 20 больных, со II степенью дистрофии 24 больных, с III степенью дистрофии 18 больных.

Методика лечения больных с дистрофией глотки заключалась в инъекциях даларгина в дозе 0,01г – 1 мл подслизисто в заднюю стенку глотки (5 точек) с помощью инсулинового шприца, один раз в день, через два дня, всего 4 процедуры [11].

Контрольную группу составили пациенты, получавшие плацебо (вода для инъекций) в объеме 1 мл по такой же схеме с I степенью дистрофии 21 пациент, со II степенью – 23 пациента и с III степенью – 18 больных.

Проверку гипотезы о статистической значимости различий выборок проводили с помощью критерия Манна-Уитни.

Для оценки состояния микроциркуляторного русла слизистой оболочки задней стенки глотки мы использовали лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) на аппарате BLF 21. Этот метод обладает большой диагностической чувствительностью, неинвазивен, мобилен, позволяет уточнить стадии ишемии и компенсаторные возможности микроциркуляции тканей [9, 12].

Сущность метода заключается в подаче монохроматического излучения к исследуемому участку по световодным зондам, отражая изменение частоты излучения лазерного луча при прохождении его через поток эритроцитов. Сдвиг частот, в соответствии с доплеровским эффектом, подается в относительных величинах – миллилитрах в минуту/на 100 грамм ткани.

Проводилось также микроскопическое исследование мазков, окрашенных по Папенгейму [2, 7, 8, 10].

Результаты

При исследовании динамики показателей функциональной активности в основной группе с дистрофией глотки I, II, III степени методом цитоморфологии отмечается нарастание



уровня эпителиальных клеток в первый месяц наблюдения – при I степени с $22,4 \pm 0,41$ до $86,5 \pm 0,53$ ($p < 0,001$), при II степени – с $31,46 \pm 0,25$ до $85,5 \pm 0,48$ ($p < 0,001$) и при III степени с $49,94 \pm 0,53$ до $85,72 \pm 0,27$ ($p < 0,001$). Выявлено снижение данных показателей за 3,6 месяца наблюдения и к концу года они приближаются к исходному патологическому уровню. А при III степени дистрофии уровень эпителиальных клеток к году наблюдения остается высоким $59,75 \pm 0,5$, что говорит о нарастании дистрофического процесса в слизистой оболочке глотки и требует проведения повторного курса лечения. Отмечается снижение количества «активных» нейтрофилов при I, II, III степенях дистрофии через 1, 3, 6 месяцев наблюдения – при I степени с $76,35 \pm 0,36$ до $53,32 \pm 0,29$ ($p < 0,001$), при II степени – с $76,83 \pm 0,2$ до $42,09 \pm 0,37$ ($p < 0,001$) и при III степени с $49,5 \pm 0,36$ до $42,25 \pm 0,21$ ($p < 0,001$), и к концу года наблюдения показатели приближаются к исходному патологическому уровню. Нарастание количества лимфоцитов при I степени – с $0,45 \pm 0,17$ до $0,85 \pm 0,18$, при II степени – с $0,29 \pm 0,09$ до $0,63 \pm 0,16$ и при III степени с $0,28 \pm 0,14$ до $0,61 \pm 0,2$ в первый месяц после проведенного лечения говорит об активном местном иммунном ответе. Эти показатели снижаются к шестому месяцу наблюдения у больных с I и II степенью дистрофии, а к концу года наблюдения приближаются к исходному патологическому уровню. При III степени дистрофии в основной группе показатели цитоморфологии к шести месяцам наблюдения приближались к исходным показателям (лейкоциты составили $42,25 \pm 0,21$, $p < 0,001$ и эпителиальные клетки $57,5 \pm 0,29$, $p < 0,001$), а к концу года показатели уровня лимфоцитов и эпителиальных клеток были несколько хуже исходного патологического уровня – лимфоциты $0,13 \pm 0,09$, эпителиальные клетки $59,75 \pm 0,5$ ($p < 0,001$), что свидетельствует о слабой защитной и вялой регенераторной способности слизистой оболочки глотки и требует повторного курса лечения.

В контрольной группе при I, II степени дистрофии через 1 месяц, после лечения отмечается нарастание уровня лейкоцитов с $77,14 \pm 0,36$ до $86,86 \pm 0,46$ ($p < 0,001$) при I степени и с $67,17 \pm 0,29$ до $78,22 \pm 0,19$ ($p < 0,001$) при II степени, а также уменьшение уровня эпителиальных клеток с $22,24 \pm 0,36$ до $12,33 \pm 0,33$ ($p < 0,001$) при I степени и с $32,43 \pm 0,28$ до $21,17 \pm 0,26$ при II степени ($p < 0,001$), что свидетельствует о воспалительной реакции слизистой оболочки глотки. В остальные временные периоды наблюдения показатели лейкоцитов и эпителиальных клеток были равны исходным показателям, и достоверных различий не наблюдалось. Уровень лимфоцитов через один месяц наблюдения при I, II степени дистрофии незначительно повысился с $0,29 \pm 0,12$ до $0,52 \pm 0,13$ и с $0,17 \pm 0,08$ до $0,3 \pm 0,1$ и к концу периода наблюдения стал ниже исходных показателей ($0,21 \pm 0,1$ при I степени и $0,09 \pm 0,06$ при II степени), что говорит о слабой иммунологической защите слизистой оболочки глотки. При III степени дистрофии в контрольной группе выявлено нарастание уровня лейкоцитов в первый месяц наблюдения с $49,28 \pm 0,3$ до $60,83 \pm 0,47$ ($p < 0,001$) и уменьшение уровня эпителиальных клеток с $50,17 \pm 0,47$ до $38,39 \pm 0,54$ ($p < 0,001$). При чем в последующие периоды и к концу года наблюдения нарастает уровень эпителиальных клеток до $52,53 \pm 0,21$ ($p < 0,001$), можно думать об ухудшении дистрофических изменений слизистой оболочки глотки. Уровень лимфоцитов до трех месяцев наблюдения достоверно не изменялся, но к концу года наблюдения стал ниже исходных показателей до $0,12 \pm 0,08$. Все эти данные свидетельствуют о том, что чем больше степень дистрофии, тем выраженнее дистрофические изменения в слизистой оболочке глотки.

Повысился уровень микроциркуляции слизистой оболочки задней стенки глотки на фоне лечения препаратом даларгин хронического атрофического фарингита в течение 1, 3, 6 месяцев наблюдения при I, II степенях дистрофии. Так при I степени с $0,67 \pm 0,01$ ($p < 0,001$) до $0,75 \pm 0,01$ ($p < 0,001$), при II степени с $0,59 \pm 0,01$ до $0,62 \pm 0,01$ ($p < 0,001$). К концу года показатели микроциркуляции при I степени оставались достоверно стабильные $0,74 \pm 0,01$ ($p < 0,001$), а при II степени показатели приблизились к исходным значениям $0,6 \pm 0,01$ ($p < 0,001$). Достаточно высокие уровни микроциркуляции сохраняются до шести месяцев наблюдения в группе с III степенью дистрофии, после проведенного лечения $0,52 \pm 0,02$ ($p < 0,001$) и к году наблюдения достигают исходного значения $0,49 \pm 0,02$ мл/мин/100 гр. ткани, что говорит о возможной необходимости повторного введения препарата. В контрольной группе за весь



период наблюдения при I степени дистрофии и в течение полугода при II, III степени дистрофии достоверных отличий в результатах показателей микроциркуляции не найдено, а к концу периода наблюдения показатели микроциркуляции были даже несколько хуже исходного патологического уровня. В группах обследования – основной и контрольной достоверных различий в показателях микроциркуляции не наблюдалось.

Выводы:

Выявлена корреляция дистрофического процесса слизистой оболочки задней стенки глотки относительно полученных изменений показателей микроциркуляторного русла и цитоморфологии.

Определена эффективность лечения хронического атрофического фарингита синтетическим нейропептидом – далаггин.

Доплеровская флоуметрия и цитоморфология позволяют получить важную информацию о функциональном состоянии слизистой оболочки задней стенки глотки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонив В. Ф. Субатрофический и атрофический фарингит как проявление дистрофии слизистой оболочки глотки у лиц пожилого, старческого возраста и у долгожителей / В. Ф. Антонив, В. М. Аксёнов, Н. А. Лебедева // Вест. оторинолар. – 1999. – № 3. – С. 38–39.
2. Быкова В. П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей / В. П. Быкова // Рос. ринология. – 1999. – № 1. – С. 5–9.
3. Вершигора А. Е. Роль небных миндалин в реакциях иммунитета и аллергии / А. Е. Вершигора // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1971. – № 2 – С. 1–10.
4. Гаджимирзаев Г. А. Клиника, диагностика парестезий глотки / Г. А. Гаджимирзаев, Ю. А. Джамалудинов // Там же. – 1985. – № 2. – С. 10–13.
5. Горбонос И. В. Связь патологического гастроэзофагеального рефлюкса с некоторыми симптомами хронического воспаления глотки и гортани / И. В. Горбонос, Ф. В. Семенов // Вест. оторинолар. – 2002. – № 6. – С. 43–45.
6. Графская Н. А. Профилактика обострений хронических фарингитов у гастроэнтерологических больных / Н. А. Графская // Рос. оторинолар. – 2003. – № 1. – С. 46–47.
7. Драгомирецкий В. Д. Показатели местного иммунитета слизистой оболочки ротовой части глотки у больных хроническим фарингитом / В. Д. Драгомирецкий, Ф. Д. Евчев, Ю. А. Бажора // Журн. ушн., нос и горл. бол. – 1989. – № 6 – С. 21–33.
8. Ермолова Т. П. Методики окраски цитологических препаратов: пособие для врачей / Т. П. Ермолова, В. А. Липова, В. А. Котов. – СПб., 1994. – 20с.
9. Козлов В. И. Состояние гемомикроциркуляции в тканях пародонта при пародонтите / В. И. Козлов, Е. К. Кречина, О. А. Терман // Новое в стоматологии. – 1993. – № 4. – С. 31–36.
10. Козлова И. Г. Концевые нервные аппараты ротоглотки человека (нейрогистологическое исследование) / И. Г. Козлова // Вест. оторинолар. – 1955. – № 6. – С. 39–41.
11. Новый пептидный активатор репаративной регенерации тканей / О. Б. Ильинский и др. // Фармакология и токсикология. – 1987. – № 4. – С. 64–66.
12. О доплерографическом исследовании слизистой оболочки полости носа / М. А. Меншутина и др. // Рос. оторинолар. – 2004. – № 5. – С. 112–115.
13. Попа В. А. Значение тонзилэктомии и некоторых других факторов в генезе хронического фарингита / В. А. Попа // Журн. ушн., нос и горл. бол. – 1981. – № 4. – С. 16 – 20.

УДК:616. 284–004–089. 844:615. 849. 19

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТОСКЛЕРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРА

А. Т. Гадян, М. В. Левина

*ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа, и речи Росмедтехнологий»
(Директор – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

В настоящее время основным методом лечения отосклероза остается хирургический. Самое широкое распространение по всему миру получила стапедопластика, которая на сегодняшний день доведена до совершенства и высокой эффективности [1, 2, 5]. Тем не менее,