



ЛИТЕРАТУРА

1. Евлашевский, Г. Я. Изучение распространенности заболеваний среди детского населения, проживающего в районах ракетно-космической деятельности / Г. Я. Евлашевский, И. Б. Колядо // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – № 4. – С.92–98.
2. Имунная система населения, облучённого на следе ядерного взрыва / Я. Н. Шойхет, В. А. Козлов, В. И. Коненков [и др.]. – Барнаул, 2002. – 246 с.
3. Иммунорегуляторные цитокины у потомков второго поколения лиц, подвергшихся радиационному воздействию на следе ядерного взрыва Семипалатинского полигона, страдающих иммуноиндикаторными заболеваниями ЛОР-органов / А. С. Хабаров, В. С. Дергачев, Я. Н. Шойхет [и др.] // Бюллетень СО РАМН. – 2003. – № 3 (109). – С. 97–101.
4. Козлов, А. Миллионы на ваши головы / А. Козлов Парламентская газета. – 2006. – 29 марта (№ 278). – С.1.
5. Кузнецов, А. Н. Теория и практика обеспечения экологической безопасности ракетно-космической техники / А. Н. Кузнецов // Двойные технологии. – 2001. – № 3. – С.21–26.
6. Михайлов, В. Н. Подготовка полигона и испытания ядерной бомбы под Семипалатинском в Казахстане / В. Н. Михайлов, Е. А. Негин, Г. А. Цырклов // Бюллетень Центра общественной информации по атомной энергии. – 1999 – № 7–8. – С.100–105
7. Радиационное воздействие на население Алтайского края ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне / Я. Н. Шойхет, В. И. Киселёв, В. М. Лоборев [и др.]. – Барнаул, 1999. – 345 с.
8. Хабаров, А. С. Клинико-иммунологическая характеристика и иммунореабилитация потомков 9-го поколения лиц, находившихся на следе ядерного взрыва : Автореф. дис.... докт. мед. наук / А. С. Хабаров. – Новосибирск, 2005. – 34 с.

УДК: 616. 216.1-002-08-039.73

ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА И ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ И ЛАЗЕРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛОРОРГАНАХ И. С. Потапова, О. В. Первова, О. В. Стратиева

*Тольяттинский государственный университет
(Зав. каф. экологии – докт. биол. наук Р. С. Галиев)*

По сведениям американских ученых от 5 до 15 % взрослого населения и до 5 % детей страдают различной формой синусита [5]. Российская статистика указывает, что за последнее десятилетие заболеваемость синуситами выросла в три раза. Болезни носа и околоносовых пазух регистрируют у 17–22 % детского населения и в среднем у 63 % взрослых [2].

В работе проведен анализ клинической эффективности применения двух комбинированных препаратов – ринофлуимуцила и флуимуцил – антибиотика ИТ у пациентов с хроническим ринитом и острым реактивным синуситом.

Ринофлуимуцил включает комбинацию фермента N – ацетилцистеина и симпатомиметика туаминогептана сульфат, обладающего мягким сосудосуживающим действием. Флуимуцил – антибиотик ИТ соединяет в себе фермент N – ацетилцистеин и антимикробный препарат тиамфеникола глицинат.

В оценке клинических форм заболеваний полости носа и околоносовых пазух использованы общеизвестные классификации [2, 5].

Цель работы. Дать клиническую оценку комбинированным препаратам в лечении синусита, сопровождающегося дисфункцией слуховой трубы после перенесенных операций в полости носа.

Задачи исследования. 1) Оценить влияние ринофлуимуцила на функцию слизистой оболочки носа и слуховой трубы у больных хроническим ринитом, перенесших деструктивные операции на носовых структурах, 2) оценить влияние флуимуцила антибиотика ИТ на функциональную активность слизистой оболочки носа и слуховой трубы у пациентов с острым реактивным синуситом, который возник после лазерных вмешательств в полости носа.

Материалы и методы исследований. В первой группе (группа I) использовали комбинированный препарат ринофлуимуцил. Объектом исследования явились 32 пациента в возрасте



от 22 до 53 лет, страдающие хроническим ринитом. Хронический ринит был двух видов: а) атрофический ринит с образованием гнойных, слизистых корок в полости носа и носоглотки, б) хронический вазомоторный ринит.

Исследуемая группа имела две клинические особенности. Во всех случаях, 7–10 лет назад пациенты перенесли деструктивные операции в полости носа – конхотомию и подслизистую резекцию носовой перегородки по способу Киллиана.

Деструктивными операциями мы называли вмешательства с удалением носовых структур, которые существенно изменяли архитектонику полости носа и аэродинамику носа, носоглотки и слуховой трубы. Следующей особенностью наблюдаемой группы было сочетание хронического ринита, тубоотита и дисфункции слуховой трубы.

Во второй группе (группа II) применяли флуимуцил антибиотик ИТ. Препарат использован у 23 больных в возрасте от 13 до 45 лет после перенесенных лазерных операций в полости носа, глотке и носоглотке. Характерной особенностью во всех случаях было наличие хронического тубоотита и дисфункции слуховой трубы.

У 19 человек, от трех дней до трех недель до поступления в нашу клинику, амбулаторно были проведены лазерные вмешательства на носовых раковинах, решетчатой булле и носовой перегородке. Все пациенты поступили с жалобами на головную боль в области лба, затылка или скуловой дуги. Клинически во всех наблюдениях установлены острые воспалительные процессы в околоносовых пазухах – изолированный сфеноидит, верхнечелюстной синусит и фронтосинусит, которые потребовали срочных санирующих риноэндоскопических вмешательств.

У 4 пациентов за две–четыре недели до поступления в клинику, амбулаторно были выполнены лазерная аденотомия и тонзиллотомия. При этом в двух наблюдениях мы констатировали интратонзиллярный, в одном случае – паратонзиллярный абсцесс. Всем пациентам выполнена тонзилэктомия в классическом варианте. Характер микрофлоры указывал на присутствие в ткани миндалин актиномицетов.

Показанием к применению комбинированных препаратов в обеих группах пациентов была неэффективность лечения традиционными сосудосуживающими средствами (нафтизин) и перорального приема антибиотиков амоксициллин, амоксициллин – клавулат и тетрациклин. Во всех случаях пациенты принимали антибиотики, не консультируясь с врачом-оториноларингологом.

Методы постановки клинического диагноза включали: 1) видео-эндоскопию глотки, полости носа и глоточного устья слуховой трубы с использованием жестких эндоскопов Хопкинс, 2) компьютерное томографическое исследование околоносовых пазух в коронарной и аксиальной проекциях с сагиттальной реконструкцией лобно-носового канала, 3) акустическую импедансометрию (тимпанометрия и рефлексометрия), 4) исследование водородного показателя отделяемого слизистой оболочки носа, секреторной функции носа по способу В. Е. Остапкович [1] и транспортной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки носа по методике И. Б. Солдатова [3]. Оценка «микробного пейзажа» глотки, полости носа и околоносовых пазух проводилась выборочно.

Методика введения препаратов. Ринофлуимуцил вводили один раз в день в течение недели, методом перемещения по способу Proetz [6]. Кроме того, препарат двукратно инстиллировали по 0,5 мл в слуховую трубу.

Флуимуцил антибиотик ИТ использовали в течение восьми дней, через день. Вначале вводили 2 мл препарата методом пункции верхнечелюстной или клиновидной пазухи до операции, через день после эндоскопических операций – ежедневно по 2 мл вводили в пазухи через расширенные естественные соустья. Введение препарата в околоносовые пазухи сочетали с его инстилляцией в слуховую трубу с помощью микрохирургического тefлонового катетера. Катетер вводился не далее перешейка трубы. У пациентов, после выполненной тонзилэктомии, флуимуцил антибиотик ИТ вводился 5 дней путем орошения слизистой глотки и инстилляцией в слуховую трубу.

Результаты исследований, лечения и их обсуждение

Данные видео – эндоскопии полости носа до лечения в I группе больных были следующими: истончение слизистой оболочки, наличие гнойных, слизистых корок в области сошниковой части перегородки носа, зияние и полузияние глоточного устья слуховой трубы, слизистое отделяемое из слуховой трубы, слизистое отделяемое в среднем носовом ходе.

Эндоскопическая картина носа у пациентов II группы до лечения выглядела следующим образом: обильное водянистое отделяемое в полости носа, повышенная кровоточивость слизистой оболочки, синюшность и отечность носовых раковин, вязкий слизисто – серозный экссудат в сфеноэтроидальном кармане и в устье слуховых труб. После лечения в обеих группах отметили: розовый цвет слизистой оболочки носа и тубарных хрящей глоточного устья.

При КТ исследовании околоносовых пазух пациентов в I группе отметили: а) утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (Рис. 1), б) рубцовый конгломерат из «культей» каудальных участков нижних носовых раковин, который сдавливал глоточные устья слуховых труб (Рис. 2). На КТ околоносовых пазух пациентов II группы были характерны: а) рубцовый конгломерат из «культей» каудальных участков нижних носовых раковин, сдавливающий тубарные хрящи (Рис. 3), б) признаки реактивного выпота в клиновидной пазухе и решетчатом лабиринте (Рис. 4), в) рубцовая стриктура глоточного устья слуховой трубы слева и признаки мукозита в хрящевых отделах обеих слуховых труб (Рис. 5).



Рис. 1. Утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

При выполнении пункций верхнечелюстных пазух в I группе, среди находок были – а) кисты со слизью, в виде мукоцеле с жироподобными включениями, б) кисты с мицетомами и вязким содержимым белого, желтого или бурого цветов. При пункциях верхнечелюстных пазух до операции во II группе обнаружены кисты с янтарной жидкостью и абактериальным содержимым.



Рис. 2. Рубцовый конгломерат «культей» нижних раковин носа с глоточными устьями.

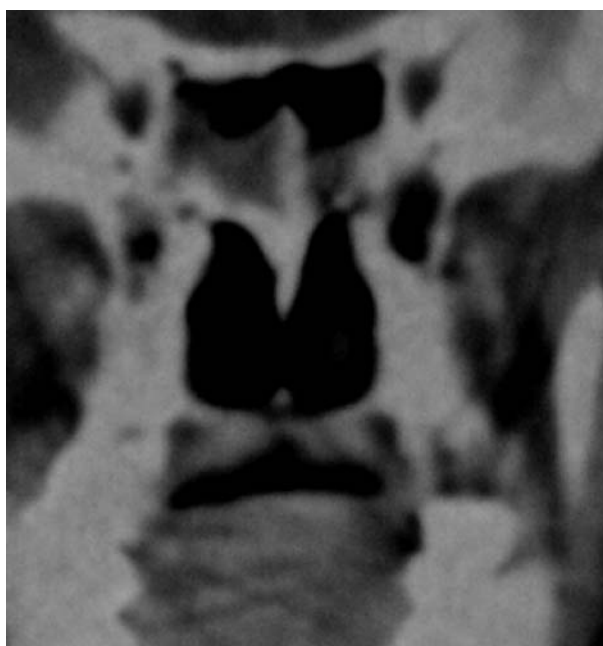


Рис. 3. Изолированный сфеноидит после лазерной операции на перегородке носа.

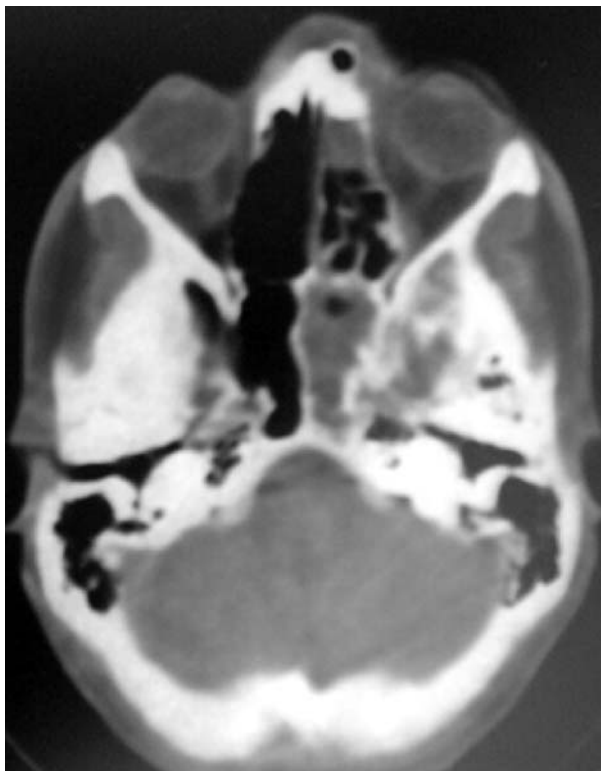


Рис. 4. Сфеноидит после лазерной операции на перегородке носа и решетчатой буллы.

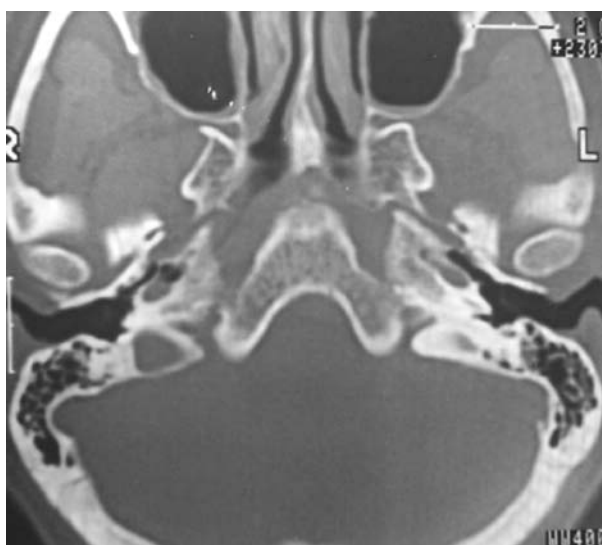


Рис. 5. Стриктура глоточных устьев и мукозит слуховых труб после лазерной аденотомии.



Таблица 1

Результаты акустической импедансометрии

До лечения		После лечения	
1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
-120- 250 дПа	-90-120 дПа	-55-110 дПа	-35- 40 дПа

Таблица 2

Результаты исследования р(Н), секреторной и транспортной функций слизистой оболочки носа

	До лечения		После лечения	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
р(Н) слизистой оболочки носа	8,40	8,20	7,35	7,8
Секреторная функция слизистой оболочки носа	0,34 гр	0,42 гр	0,26 гр	0,30 гр
Транспортная активность мерцательного эпителия слизистой носа	32,8 мин	50,5 мин	19,3 мин	30,8 мин

Выводы:

Таким образом, оба комбинированных препарата применялись на исходно неблагоприятном фоне. Данные функциональных тестов у пациентов, перенесших деструктивные операции, указывали на хронический дистрофический процесс в слизистой оболочке носа и слуховой трубы. Даже на этом фоне использованный ринофлуимуцил уже на пятые сутки привел к изменению кислотно-го состава слизи, уменьшению секреции и улучшению выделительной функции носа. Можно рекомендовать комбинированный препарат Ринофлуимуцил к применению у пациентов, ранее перенесших деструктивные операции в полости носа без применения оптики, а Флуимуцил – антибиотик ИТ у пациентов с затяжными формами синусита после эндоскопических операций. Результатом применения явилось уменьшение секреторной активности слуховой трубы и восстановление её вентиляционной функции. Кроме того, препараты улучшают транспортную функцию мерцательного эпителия, уже на пятые сутки меняются биохимические показатели секрета полости носа и на 5 улучшается мукоцилиарная активность слизистой оболочки носа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Остапкович В. Е. Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Е. Остапкович. – М.: Медицина, 1982 – 288 с.
2. Пискунов Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. – М., 2002 – 391 с.
3. Солдатов И. Б. Профессиональная патология верхних дыхательных путей в химической промышленности / И. Б. Солдатов, В. А. Данилин. Ю. В. Митин. – М.: Медицина, 1976 – 188 с.
4. Infectious rhinosinusitis in adults: classification, etiology, and management / Lund V., Gwaltney I., Baguero F., et al. // J Ear Nose and Throat. – 1997 – 76 (Suppl.):22.
5. Contemporary diagnosis and management of sinusitis / Pankey G. A., Gross C. W., Mendelsohn M. G. // Pennsylvania. – 1997 – p. 150.
6. Proetz A.W. Applied Physiology of the nose // Finneiman-Petty comp., St. Louis. – 1953.