



ЛИТЕРАТУРА

1. Дайняк Л. Б. Вазомоторный ринит / Л. Б. Дайняк // М.: Медицина, 1966. – 176 с.
2. Закирова Н. Р. Изменение состояния капиллярного кровотока пародонта у пациентов с парадонтом тяжелой степени при приеме мильгаммы / Н. Р. Закирова – Труды V съезда СТАР. – М., 1999. – С. 125–127.
3. Ильина Н. И. Аллергический ринит / Н. И. Ильина // Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 1997. – № 4. – С. 20 – 24.
4. Исследование микроциркуляторных нарушений при заболеваниях парадонта методом ультразвуковой доплеровской флоуметрии / Л. Ю. Орехова, Е. Д. Кучумова, Т. Б. Ткаченко и др. – Труды V съезда СТАР. – Москва, 1999. – С. 158–160.
5. Петрищев Н. Н. Физиология и патофизиология эндотелия / Н. Н. Петрищев, Т. Д. Власов. – Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция, СПб, –2003., –С. 4 – 38.
6. Пискунов С. З., Пискунов Г. З. О классификации ринитов и синуситов / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов // Рос. ринология, 1997, № 3, С – 40.
7. Стандартная и цветная доплеровская сонография в диагностике опухолей больших слюнных желез / В. С. Агапов, А. А. Быкова, С. А. Кондрашин и др. // Мат. IV международной конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, СПб, 1999, – С. 12.
8. Ультразвуковая доплерография макро- и микроциркуляторного русла тканей полости рта, лица и шеи: Уч. мет. пособие. / В. А. Козлов, Н. К. Артюшенко, О. В. Шалак и др. – СПб, 1999. – 22 с.
9. Car H. Endothelial dysfunction in cardiovascular diseases: the role of oxidant stress / H. Car, D. G. Harrison // Circ. Res. – 2002. – 87 (10). – P. 840 – 844.
10. Endothelial cells in physiology and in the pathophysiology of vascular disorders / D. B. Cines, E. S. Pollak, C. A. Buck et al. // Blood. – 1998. – 91 (10). – P. 3527 – 3561.
11. Faraci F. M. Regulation of the cerebral circulation: role of endothelium and potassium channels / F. M. Faraci, D. D. Heistad // Physiol. Reviews. – 1998. – Vol. 78 (1). – P. 53 – 97.
12. Individuals at increased coronary heart disease risk are characterized by an impaired microvascular function in skin / R. G. Jzerman, R. T. de Jongh, M. A. Deijk et al. // Eur. J. Clin. Invest. – 2003, – Vol. 33, N7, – P. 536–540.
13. Mechanisms of acetylcholine – mediated vasodilatation in young and aged human skin / L. A. Holowatz, C. S. Thompson, C. T. Minson et al. // J. Physiol. – 2005, – Vol. 563, – P. 965–973.
14. Nijkamp F. P. Nitric oxide and bronchial hyperresponsiveness / F. P. Nijkamp, G. Folkerts // Arch. Int. Pharmacodyn. – 1995. – Vol. 329. – P. 81 – 96.
15. Okitda H. Allergic rhinitis / H. Okitda // Asian Mcd. J. Japan. – 1988. – Vol. 31. – № 2. – P. 108–111.
16. Sibbald B. Epidemiology of rhinitis / B. Sibbald // Management update in rhinitis and nasal polyposis. A symposium report. – Lisbon. – 1995. – P. 6–11.
17. Singh S. Nitric oxide, the biological mediator of the decade: fact of fiction? / S. Singh, T. W. Evans // Eur. Respir. J. – 1997. – Vol. 10. – P. 699 – 707.
18. Studies with iontophoretic administration of drugs to human dermal vessels in vivo: cholinergic vasodilatation is mediated by dilator prostanoids rather than nitric oxide / Noon J. P., Walker B. R., Hand M. F. et al. // Br. J. Clin. Pharmacol. – 1998. – Vol. 45, N6, – P. 545–551.
19. The effect of intranasal budesonide spray on mucosal blood flow measured with laser Doppler flowmetry / A. Cervin, A. Akerlund, L. Greiff et al. // Rhinology. – 2001. – Vol. 39, N1. – P. 13–16.

УДК: 616. 216. 1-002-006. 5-084

НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИПОЗНЫХ СИНУСИТОВ

Е. А. Королева

*ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия РОСЗдрава
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. И. Извин)*

Хронические синуситы, в том числе его деструктивные формы (полипозные и гнойно-полипозные) в структуре общей заболеваемости населения занимают значительное место. По данным различных авторов на их долю приходится от 2 до 25% от всех воспалительных заболеваний околоносовых пазух [3–6].

Возникающие на фоне хронических синуситов ринобронхопульмональные, риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения не только ухудшают качество жизни больных, но и порой приводят к длительному нарушению трудоспособности, а иногда и к инвалидности [1, 2].



В развитии синуситов большое значение имеют анатомо-физиологические особенности носа и околоносовых пазух, что способствует вовлечению в воспалительный процесс иногда нескольких синусов. Значительную роль в генезе заболевания играет несостоятельность иммунологического барьера слизистой оболочки полости носа, и климатические особенности региона.

Целью работы – является повысить эффективность лечения больных с полипозными риносинуситами.

Задачи исследования – разработать и обосновать минимально инвазивные и целесообразные методы лечения и профилактики полипозных форм хронических синуситов.

Под нашим наблюдением находилось 76 человек в возрасте от 19 до 68 лет; среди них женщин было – 26, мужчин – 50. 18 человек было с гнойно-полипозными риносинуситами, 32 – с полипозными и 26 человек с полипозными риносинуситами в сочетании с бронхолегочной патологией, из которых у 16 пациентов верифицирована бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит.

Принимая во внимание склонность полипозных риносинуситов к рецидивам заболевания, мы считаем, что для нивелирования данного процесса имеет существенное значение не только объем оперативного вмешательства, квалифицированное ведение послеоперационного периода, но и адекватная, оправданная предоперационная подготовка пациентов.

В этой связи, всем пациентам перед предполагаемым сроком операции проводили предоперационную подготовку, которая включала в себя 3-5 дневный курс интраназальных кортикостероидов – беклометазон 600 мкг/сут. или флютиказон 400 мкг/сут., антигистаминные препараты (klaritin или телфаст по 1т. 1раз в день), а больным с сопутствующей бронхолегочной патологией назначали преднизолон 2–3 дня по 0,005 2раза в день. Кроме того, вводили парентерально 1 мг на 1 кг массы тела за час до операции и непосредственно после нее в той же дозировке. Применение такой схемы подготовки способствовало лучшему субъективному ощущению больных, значительному снижению отечности слизистой оболочки полости носа и носовых полипов и лучшей визуализации патологического процесса.

Больным под местной анестезией проводили эндоназальные эндоскопические вмешательства с применением риноскопов с 0€, 30€ и 70€ оптикой фирмы KARL STORZ. Объем оперативных вмешательств определялся характером патологического процесса, состоянием и возрастом больных. При гнойном воспалении гайморовых пазух или непроходимости естественного соустья полипозной отомитомии дополнялась инфундибулотомией. Эндоскопическую полипотомию мы использовали у пожилых, соматически ослабленных больных, при аспириновой триаде, а так же у пациентов с плохими анатомическими ориентирами в полости носа и после неоднократных операций.

Ближайший послеоперационный период у больных протекал благоприятно. Всем оперированным больным ежедневно проводили туалет полости носа, анемизацию носовых ходов с последующим введением в полость носа тампонов с маслом «Аекол». Пациентам с гнойно-полипозными формами заболевания назначали антибиотики пенициллинового ряда в обычных терапевтических дозах.

На 4–5 сутки после уменьшения и стихания воспалительных явлений в полости носа всем больным назначали: активированный уголь (энтеросорбент) – 10 таблеток в течении 1-го часа. Фонофорез с 1% гепариновой мазью № 10 эндоназально. Все это в совокупности активизирует местные репаративные процессы и снижает вероятность рецидива заболевания. На 5-й день после операции назначали топические глюкокортикостероиды (ТГКС), из которых предпочтение отдавали назонексу (мометазона фураат), который применяли в виде спрея. Данный препарат рекомендовали пациентам по одной инсуффляции в каждую половину носа один раз в сутки (суточная доза 100мкг) в течение всего пребывания больных в стационаре. Более того, этот препарат рекомендовали принимать в амбулаторных условиях еще в течении двух – трех месяцев.

Назонекс, обладая выраженным противовоспалительным и противоаллергическим действием, не угнетает мукоцилирную активность эпителия слизистой оболочки полости носа и не вызывает атрофических изменений ее, имея таким образом значительные преимущества перед другими препаратами.



Кроме того, назначали ликопид, относящийся к группе природных иммуномодуляторов. Данный препарат разработан в институте биоорганической химии имени М. М. Шемякина и Ю. А. Овчинникова РАН и удостоен премии Правительства Российской Федерации. Разрешен для применения в медицинских целях приказом МЗРФ № 211 от 20 июля 1995 года. Имеет регистрационный номер 95/211/1, 95/211/4, 95/211/7.

Принимая во внимание, что ликопид повышает общую сопротивляемость организма к патогенным факторам, хорошо сочетается с антибиотиками и другими препаратами, повышает эффективность антибактериальной и противовирусной терапии путем стимуляции всех форм иммунитета, свое предпочтение мы отдали этому препарату. Данный препарат назначали по 2 мг 2–3 раза в день под язык в течение 10 дней.

Ближайшие результаты лечения показали, что у 76,3% больных в раннем послеоперационном периоде транспортная функция мерцательного эпителия восстановилась до физиологических норм, замедление данной функции отмечено у 21,1% пациентов, в то время как полное угнетение клиренса слизистой оболочки полости носа зарегистрировано лишь у 2,6% больных. У 71,1% больных после проведенного оперативного лечения и курса медикаментозной терапии наблюдалась нормализация показателей рН носовой слизи. У 25% больных этот показатель приближался к норме и лишь у 3,9% больных отмечался сдвиг этого показателя в щелочную сторону. Восстановление обонятельной функции отмечено у 68,4% больных, в то время как гипосмия отмечалась у 10,5% больных.

Следовательно, в послеоперационном периоде результаты функционального состояния слизистой оболочки полости носа восстанавливались быстрее и имели тенденцию к корреляции их со здоровыми лицами, что указывает на адекватную терапию, направленную на купирование воспалительных явлений в ОНП и активизацию местных репаративных процессов.

Выводы:

1. *В предоперационную подготовку больных, особенно с сочетанной бронхолегочной патологией, следует включать помимо седативных средств и гемостатиков, кортикостероидные препараты как общего, так и топического действия.*
2. *Включение в состав медикаментозной терапии в послеоперационном периоде энтеросорбентов, локальных кортикостероидов и иммунокорректоров, не только уменьшает рецидив заболевания (у 10,9%), но и способствует более быстрому восстановлению функционального состояния слизистой оболочки полости носа.*
3. *Комбинированная терапия, направленная на все звенья этиопатогенеза заболевания, в более короткий срок устраняет исходную недостаточность иммунной реактивности, уменьшает сенсibilизацию организма, сокращает сроки лечения больных и улучшает прогноз заболевания.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджимирзаев Г. А. Ринобронхопульмональный синдром. / Г. А. Гаджимирзаев – Махачкала, 1998. – 154с.
2. Пальчун В. Т. Параназальные синуситы. / В. Т. Пальчун, Ю. А. Устьянов – М.: Медицина, 1982. – 368 с.
3. Пискунов С. З. Физиология и патофизиология околоносовых пазух / С. З. Пискунов // Рос. ринол. – 1993. – № 1. – С. 19–39.
4. Пискунов С. З., Пискунов Г. З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы шадящей эндоназальной хирургии. / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов – М., 1991. – 48 с.
5. Современные принципы организации и методы лечения больных с патологией носа и околоносовых пазух. / Вардосанидзе С. Л. и др. – СПб., 2001. – 87 с.
6. Филатов В. Ф. Полипозный этмоидит / В. Ф. Филатов, С. В. Филатов // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 2 – С. 11–14.