



ЛИТЕРАТУРА

1. Жинкин М. И. Механизмы речи. /М. И. Жинкин. – М., Просвещение, 1958. – 370 с.
2. Жукова Н. С. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. – /Н. С. Жукова. М., Просвещение, 1973. – 220 с. с ил.
3. Ковшиков В. А. Экспрессивная алалия: учебное пособие / В. А. Ковшиков. – СПб.: САТИС (больш. БУР). 1994. – 79 с.
4. Кузьмина Н. И. Воспитание речи у детей с моторной алалией / Н. И. Кузьмина, В. И. Рождественская – М.: Просвещение, 1977. – 143 с.
5. Мастюкова Е. М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии / Е. М. Мастюкова // Дефектология, – 1981. – № 6. С. 13–20
6. Патология речи у детей и подростков. / Под редакцией С. С. Ляпидевского. – М.: Медицина, 1969. – 288 с.
7. Собонович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции. / Е. Ф. Собонович. М.: Классикстиль, – 2003 г. 160 с.
8. Хватцев М. Е. Логопедия. / М. Е. Хватцев – М.: Учпедгиз, 1959. – 475 с.

УДК: 216. 211–002. 2–08

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

М. К. Икромов, З. С. Гуломов

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абу-али ибн Сина
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. А. Гаффарова)*

*ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования*

*(Зав. каф. высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии –
засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Хронический ринит является одним из самых распространенных заболеваний, которым страдает от 15 до 30 % населения Земного шара. Проблема затрудненного носового дыхания является одной из наиболее актуальных в области оториноларингологии. Существует множество факторов, приводящих к затруднению носового дыхания, это могут быть хронический гипертрофический ринит, аллергический ринит, искривление носовой перегородки и т. д. [3, 4, 5].

Решающая роль в формировании воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух принадлежит нарушениям мукоцилиарной системы [4]. Анатомо-функциональное единство мукоцилиарной системы обуславливает ответ слизистой оболочки верхних дыхательных путей на поступление аллергенов, микроорганизмов, частиц пыли. Независимо от первопричины и особенностей патогенеза различных форм ринита существуют и общие для любых его форм механизмы, лежащие в основе развития болезни, а именно, гиперреактивность вегетативно-сосудистой системы полости носа, аллергическое воспаление и иммунологические изменения слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, эндокринно-вегетативные нарушения [4, 6, 7].

Существует множество консервативных и хирургических методов лечения хронического ринита: от примитивной каустики до методов лазерной деструкции нижних носовых раковин [2, 4]. Уменьшение размеров нижних носовых раковин достигается воздействием низких и высоких температур, скальпеля и ультразвука [1, 3, 5].

Целью нашего исследования явилось наиболее оптимальное лечение хронического гипертрофического ринита методом ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин в сочетании с фитотерапией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 80 больных в возрасте от 15 до 55 лет, из них 45 человек страдали аллергическим, 20 – гипертрофическим (кавернозная форма) и еще 15 – вазомоторным ринитом. Помимо обычного осмотра ЛОР-органов обследование включало в себя эндоскопическое исследование полости носа, переднюю риноманометрию, опреде-



ление времени мукоцилиарного транспорта, цитологическое исследование носового секрета с подсчетом количества эозинофилов, аллергологическое и иммунологическое исследование. В группу пациентов не были включены те больные, которым ранее проводились хирургическое лечения (гальванокаустика, лазерная деструкция нижних носовых раковин), так как послеоперационные изменения, наступившие в тканях раковин, могли бы сказаться на точности и объективности полученных нами результатов.

Аллергическая природа хронического ринита была подтверждена положительными аллергологическими тестами, значительным количеством эозинофилов в мазках-отпечатках со слизистой оболочки носа, а также повышенным содержанием эозинофилов в периферической крови. Отягощенная наследственность была выявлена у 28 пациентов. Все наблюдавшиеся пациенты страдали круглогодичным аллергическим ринитом, что подтверждено положительными тестами на домашнюю пыль, эпидермальные аллергены, перо подушки и библиотечную пыль. У 17 больных были также положительными тесты на пыльцу деревьев, злаковых и сорных трав. Все пациенты постоянно были вынуждены пользоваться сосудосуживающими каплями и антигистаминными препаратами.

При эндоскопии полости носа наблюдалась пастозность, бледность или синюшность слизистой оболочки носа. В некоторых случаях нижние и средние носовые раковины были полипно изменены. Скорость мукоцилиарного транспорта была резко снижена до $58,2 \pm 2,0$ мин (по сравнению с контрольной группой – $31,3 \pm 1,7$ мин.), выделительная функция была повышенной до $4,5 \pm 1,1$ минут (в контрольной группе – $8,12 \pm 1,3$ мин).

Пациентам производилась ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин с последующим назначением отваров фитопрепаратов (календула и тысячелистник) способом электрофореза эндоназально. Больным объясняли необходимость элиминации аллергенов (смена постельных принадлежностей, только влажная уборка в квартире и т. д.). Пациентам с сопутствующим сезонным аллергическим ринитом производилась ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин и эндоназальный электрофорез отваром тысячелистника, имея ввиду противоаллергические его свойства. А больным с истинным гипертрофическим ринитом после ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин назначался эндоназальный электрофорез с фитопрепаратом календулы. В послеоперационном периоде наблюдался сохраняющийся примерно в течение 4–5 дней отек слизистой оболочки нижних носовых раковин.

Уже через неделю появлялись признаки улучшения носового дыхания после данного лечения. Так, при проведении передней риноманометрии до операции средний показатель суммарного объемного потока составил $60,3 \pm 1,2$ см³/с (в контрольной группе – $682,6 \pm 35,8$ см³/с), то через месяц после операции он уже составлял в среднем $548,2 \pm 31,6$ см³/с, соответственно этим показателям уменьшилось и суммарное сопротивление полости носа.

Объективные тесты изменялись соответственно клинической картине. Было выявлено достоверное уменьшение эозинофилов в мазках-отпечатках со слизистой оболочки носа, уменьшилась интенсивность десквамации эпителия и миграции нейтрофилов. В функциональном состоянии мерцательного эпителия намечалась тенденция к улучшению: время мукоцилиарного транспорта составило через месяц после операции около 40 минут, а выделительная функция – $5,9 \pm 0,8$ минуты. Осмотр пациентов через 3 месяца подтвердил стойкое улучшение носового дыхания у 13 (52 %) больных (они перестали пользоваться сосудосуживающими каплями и испытывать в них потребность). Улучшение наступило – у 10 (40 %), у 2 (8 %) пациентов эффекта достигнуто не было и больные продолжали пользоваться сосудосуживающими каплями. Через 6 месяцев стойкое улучшение носового дыхания сохранялось у 10 пациентов (40 %), улучшение – у 11 (44 %). Через год стойкий результат сохранялся у 7 пациентов (29,2 %), улучшение сохранялось у 12 (50 %). Возврат симптоматики отмечен у 5 пациентов (20,8 %). Один пациент не явился на контрольный осмотр через год.

Выводы:

Проведенное лечение и полученные результаты позволяют широко применять данный метод при лечении хронического гипертрофического ринита.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджимирзаев Г. А. Сочетанные операции в ринологической практике / Г. А. Гаджимирзаев, Ю. А. Джамалудинов, Р. Г. Гаджимирзаева // Рос. риол. – 1998. – № 3. – С. 13–16.
2. Лейзерман М. Г. Радиохирургический метод лечения в оториноларингологии / М. Г. Лейзерман, О. М. Казаков. – М., – 1998. – С. 18–19.
3. Пискунов Г. З. Выбор оптимального метода хирургического вмешательства при аллергическом рините. Предоперационная подготовка больных и ведение послеоперационного периода / Г. З. Пискунов // Рос. риол. – 1999. – № 1. – С. 61–64.
4. Рязанцев С. В. Принципы этиопатогенетической терапия острых синуситов: Метод. рекомендации / С. В. Рязанцев. – СПб., 2003. – 33 с.
5. Рязанцев С. В. Секретолитическая и секретомоторная терапия острых и хронических синуситов / С. В. Рязанцев // Новости оторинолар. и логопатол. – 1998. – № 4. – С. 90–92
6. Boezaart A. P. Comparison of sodium nitroprusside-and esmolol- induced controlled hypotension for functional endoscopic sinus surgery / A. P. Boezaart, J. Van der Merwe, A. Coetzee // Can. J. Anaesth. – 1995. – Vol. 42. № 5. Part 1. – P. 373–376.
7. Gittelman P. D. Comparison of functional endoscopic sinus surgery under local and general anaesthesia / P. D. Gittelman, J. B. Jacobs, J. Scorina // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1993. – Vol. 102. № 4. Part 1. – P. 289–293.

УДК 616. 22–006–089: 616–003. 9

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ГОРТАНИ

А. Л. Ключихин, В. В. Виноградов

*Ярославская государственная медицинская академия**(Ректор – проф. А. В. Павлов)*

Современный подход к лечению больных со злокачественной онкопатологией головы и шеи предполагает обязательное использование комбинированных медицинских технологий [1, 3]. Традиционный алгоритм лечебных мероприятий, как правило, включает предоперационную подготовку в виде локального лучевого воздействия, затем производят оперативное вмешательство. В соответствии с другим тактическим решением гамма-терапию осуществляют в послеоперационном периоде. Предпочтительность обоих вариантов дискуссионна, особо проблемно выбрать ту или иную тактику при лимфогенном метастазировании рака гортани и гортаноглотки [2, 4].

Целью нашей работы стала объективная оценка указанных методик с точки зрения общехирургической и онкологической результативности лечения больных с данной патологией.

Материал и методы. Нами анализированы результаты заживления послеоперационной раны у 84 больных раком гортани и гортаноглотки, находившихся на лечении в клинике лор-болезней Ярославской государственной медицинской академии на базе отделения опухолей головы и шеи областной клинической онкологической больницы в период с 2004 по 2007 год. Среди больных все пациенты были мужского пола со средним возрастом $57,8 \pm 8,9$ лет.

В подавляющем числе наблюдений (95 %) опухолевое поражение гортани локализовалось в вестибулярном и среднем отделах, как правило, с обеих сторон. В исследование вошли пациенты с III б и IV б стадиями рака гортани и гортаноглотки, что соответствует $T_{3-4}N_{1-3}M_0$ согласно международной классификации. При раке гортаноглотки поражен был один из грушевидных синусов с переходом на противоположную сторону и на гортань. Метастазирование в лимфатические узлы шеи диагностировали при помощи ультразвукового исследования, а также на основании пункционной биопсии поражённого узла под контролем УЗИ с дальнейшим цитологическим подтверждением диагноза. По гистологической структуре преобладал плоскоклеточный ороговевающий рак (62,8 %), неороговевающая форма имела в 17,2 % случаев. У остальных больных (20 %) был умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак.

У 41 больного (49 %) диагностирована сопутствующая соматическая патология, в том числе ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и другие заболевания основных жизненно важных органов и систем.