

**ОСТРЫЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РИНИТ, ЕГО ИСХОДЫ И МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ****Р. А. Блоцкий¹, С. А. Карпищенко²****ACUTE TRAUMATIC RHINITIS, ITS OUTCOME AND TREATMENT****R. A. Blotskiy, S. A. Karpischenko**¹ ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия», г. Благовещенск, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. А. Блоцкий)² ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова», Россия
(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Современная медицина диктует потребность в разработке и внедрении в практическое здравоохранение современных, функциональных, малоинвазивных методов лечения заболеваний полости носа, которые могли бы выполняться на высоком профессиональном уровне с хорошим клиническим результатом. В статье рассматривается эпидемиология травматического ринита, а также современный подход к диагностике и лечению вазомоторного ринита как одного из возможных вариантов его исхода. Приводятся сравнительные результаты исследования дыхательной функции полости носа при различных вариантах оперативного лечения.

Ключевые слова: травматический ринит, вазомоторный ринит, высокоэнергетический лазер, лазерная вазотомия.

Библиография: 10 источников.

Today's medicine dictates a need in the development and implementation in practical public health, modern, functional, minimally invasive methods of treatment of nasal cavity diseases, which can be carried out on the high professional level with good clinical outcome. The article discusses the epidemiology of traumatic rhinitis as well as a modern approach to the diagnosis and treatment of vasomotor rhinitis as one of possible variants for its outcome. Shows the comparative results of respiratory function study of the nasal cavity in different types of surgical treatment.

Key words: traumatic rhinitis, vasomotor rhinitis, high-energy laser, laser vasotomy.

Bibliography: 10 sources.

В настоящее время отмечается непрерывный рост травматизма, сопровождающийся повреждением мягких тканей лица и костей лицевого черепа, на первое место среди которых выступают переломы костей наружного носа [2]. Рост травматизма в мирное время обусловлен транспортными, спортивными, бытовыми и производственными факторами [8].

Тяжесть и характер повреждения наружного носа и смежных с ним областей лицевого скелета зависит как от характеристики самого травмирующего объекта, силы удара, места и направленности его нанесения, так и от индивидуальных особенностей человека, заключающихся в типе строения лицевого скелета, возрастной и половой принадлежности [8].

Согласно литературным данным травматическое повреждение наружного носа в общей структуре ЛОР-травматизма составляет от 10 до 12,5% всех повреждений лицевого скелета [7]. На долю больных, госпитализированных с острой травмой носа, приходится 3,6–4,6% от общего числа стационарных больных с заболеваниями и травмами уха, горла и носа [2].

Как правило, при травмах лицевого скелета поражение наружного носа часто комбинируется с повреждением полости носа, околоносовых

пазух и других структур вследствие их близкого анатомического расположения. При этом появляются косметические дефекты лицевого скелета, кожных покровов, нарушаются носовое дыхание, многообразные функции полости носа, страдает психическое состояние человека, снижается качество жизни.

Диагностика острого травматического ринита в большинстве случаев остается на низком уровне ввиду превалирования в первые сутки после получения травмы симптомов, характерных для острой травмы наружного носа, низкой обращаемости травмированных пациентов в специализированный стационар за медицинской помощью, госпитализации пациентов, получивших травму, в разнопрофильные отделения с комбинированными поражениями лицевого скелета и травмами других локализаций, клиника которых выходит на первый план [2].

В связи с этим в последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости хроническим катаральным и вазомоторным ринитами как следствие перенесенного ранее острого травматического ринита. Данные нозологии занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний верхних дыхательных путей. По данным эпидемиологических исследований примерно 20% населения



страдают хроническим ринитом, будь то катаральный или вазомоторный насморк. Около 40% населения периодически отмечают ту или иную симптоматику, характерную для хронического ринита [4]. Основными симптомами хронического ринита являются стойкое или периодическое затруднение носового дыхания различной степени выраженности, ринорея и зависимость от деконгестантов, которые в своей совокупности существенно снижают качество жизни пациентов [1, 3–5, 10].

В настоящее время для терапии хронических ринитов существует целый ряд консервативных и хирургических методов. Разработка новых технологий и их применение в ринологии позволили оптимизировать хирургическое лечение ряда заболеваний полости носа, избежать госпитализации пациентов в стационар, сократить сроки реабилитации пациентов и применять оперативные вмешательства в амбулаторных условиях с достижением хорошего клинического эффекта [1, 3, 5, 6].

Большое распространение получили методы лечения с использованием физических факторов: криохирургия, применение высокоэнергетического лазера, холодноплазменных и радиохирurgical аппаратов [1, 3, 4, 6, 9]. Несмотря на применение современных технологий в лечении хронических вазомоторных ринитов, в условиях оториноларингологических стационаров до текущего дня применяется обычная методика подслизистой вазотомии нижних носовых раковин. Несмотря на простоту выполнения операции, для ее проведения необходимы госпитализация пациента в ЛОР-стационар на срок до 7 дней, выполнение передней тампонады полости носа в течение 1–2 суток.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии травматического ринита, определение эффективности поверхностной контактной лазерной, радиоволновой, подслизистой вазотомии и ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин в лечении хронического катарального и вазомоторного ринита как исхода острого травматического ринита на основании показателей мукоцилиарного транспорта и данных передней активной риноманометрии (ПАРМ).

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением за 2011–2012 гг. находилось 176 пациентов с хроническим катаральным ринитом и нейровегетативной формой вазомоторного ринита, из них было 95 женщин (54%) и 81 мужчина (46%). На долю пациентов с хроническим катаральным и вазомоторным ринитами, развившимися после перенесенной травмы носа и острого травматического ринита, приходилось 28 человек, что составило 15,9% от общего количества пациентов. Из них было 9 женщин (25%) и 21 мужчина (75%). Сочетание хронического вазомоторного ринита

и синехий полости носа наблюдалось у 16 пациентов (9,1%), сочетание хронического вазомоторного ринита и искривление перегородки носа наблюдалось у 53 пациентов (30,1%), из них сочетание искривления перегородки носа с деформацией наружного носа – у 8 пациентов (4,5%).

По возрасту все находившиеся под наблюдением пациентов распределились следующим образом: от 18 до 30 лет – 32 пациента (18,2%), от 30 до 40 лет – 53 пациента (30,1%), от 40 до 50 лет – 42 пациента (23,9%), от 50 до 60 лет – 35 пациентов (19,9%), от 60 лет и старше – 14 пациентов (7,9%).

Из наиболее часто встречающихся жалоб можно выделить: периодическую или стойкую заложенность носа – 153 человека (86,9%), периодический насморк – 113 человек (64,2%), нарушение обоняния – 67 человек (38%), чихание и зуд в носу – 14 человек (8%), гнусавость – 36 человек (22%), периодические головные боли – 17 человек (11,3%), нарушение сна – 36 человек (21,5%).

Стаж заболевания хроническим катаральным и вазомоторным ринитом распределился следующим образом: до 1 года – 44 пациента (25%), от 1 года до 5 лет – 91 пациент (51,7%), от 5 лет и более – 41 пациент (23,3%). В течение длительного времени использовали сосудосуживающие капли в нос – 140 пациентов (79,5%).

Все пациенты были разделены на четыре группы, в первую группу вошли 44 пациента, которым выполнена подслизистая инструментальная вазотомия нижних носовых раковин под местной инфильтрационной анестезией в условиях ЛОР-отделений Амурской областной и городской клинической больницы г. Благовещенска, во вторую и третью группу вошли по 44 пациента, которым в условиях лечебно-диагностического центра «Евгения» под местной аппликационной анестезией были выполнены контактная поверхностная лазерная вазотомия нижних носовых раковин с помощью полупроводникового лазера АТКУС-15 с мощностью излучения 5 Вт и радиоволновая вазотомия нижних носовых раковин игольчатым электродом радиочастотного скальпеля фирмы АТМОС в режиме «резка-коагуляция». В четвертую группу вошли 44 пациента, которым в условиях ЛОР-отделения Городской клинической больницы г. Благовещенска выполнена подслизистая ультразвуковая дезинтеграция (УЗД) нижних носовых раковин с помощью аппарата ЛОР-ДОН. В качестве контрольной группы для определения показателей нормы для ПАРМ и мукоцилиарного транспорта были взяты 20 человек (10 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 21 до 40 лет, у которых в анамнезе отсутствовали заболевания со стороны ЛОР-органов.

Пациенты с аллергическими и гипертрофическими ринитами, острыми и обострениями хро-



нических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух в исследование не включались.

Всем больным до и после операции было проведено комплексное обследование, которое в себя включало: осмотр ЛОР-органов, эндоскопический осмотр полости носа жесткими эндоскопами, клинические и биохимические исследования крови, определение мукоцилиарного транспорта (сахариновый тест) и ПАРМ с определением суммарного объемного потока (СОП) и суммарного сопротивления (СС).

Результаты исследования. Течение послеоперационного периода оценивали на основании жалоб, эндоскопической картины, данных ПАРМ и мукоцилиарного транспорта. Оценка результатов осуществлялась до операции, через 1 и 6 месяцев после выполнения операции.

Положительная динамика на основании жалоб пациентов отмечена у всех пациентов к 7–10-му дню после выполнения контактной лазерной и радиочастотной вазотомии и лишь к 14–20-му дню после инструментальной подслизистой вазотомии и ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин.

Исследование мукоцилиарного транспорта проводили с помощью сахариновой пробы. Показатели пробы у представителей контрольной группы колебались от 12 до 15 мин. Удлинение времени мукоцилиарного транспорта отмечено у всех пациентов с хроническим катаральным и

вазомоторным ринитами, которое колебалось от 18 до 30 мин. Больных с удлинением времени мукоцилиарного транспорта от 18 до 25 мин было 52 (29,5%), от 26 до 30 мин – 90 (51,1%), более 31 мин – 34 (19,4%).

Показатели нормы при определении мукоцилиарного транспорта через 6 месяцев после оперативного лечения отмечены у 36 пациентов (84%) первой группы, у 42 пациентов (95,4%) второй группы, 40 пациентов (90,9%) третьей и 36 пациентов (81,8%) четвертой группы.

У пациентов всех четырех групп такие показатели ПАРМ, как средние значения СОП и СС полости носа достоверно отличались от показателей контрольной группы – $807 \pm 6,1$ см/с и $0,16 \pm 0,01$ Па/см³/с соответственно (табл. 1).

Через 1 месяц после операции во всех четырех группах выявлены достоверное повышение СОП и уменьшение СС полости носа (табл. 2), а через 6 месяцев после операции у пациентов всех групп отмечалось приближение исследуемых показателей к показателям контрольной группы (см. табл. 2).

При эндоскопическом осмотре в полости носа наиболее выраженные реактивные изменения со стороны слизистой оболочки нижних носовых раковин в раннем послеоперационном периоде были у пациентов, которым выполнялись инструментальная подслизистая вазотомия и УЗД нижних носовых раковин, в значительно меньшей степени – после контактной лазерной

Т а б л и ц а 1

Показатели ПАРМ до операции у больных с хроническим катаральным и вазомоторным ринитами
($p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой)

Показатель	1-я группа (n = 44)	2-я группа (n = 44)	3-я группа (n = 44)	4-я группа (n = 44)
СОП, см/с	295 ± 6	305 ± 5	303 ± 5	302 ± 5
СС, Па/см ³ /с	$0,68 \pm 0,03$	$0,68 \pm 0,02$	$0,67 \pm 0,02$	$0,67 \pm 0,02$

Т а б л и ц а 2

Показатели ПАРМ после операции у больных с хроническим катаральным и вазомоторным ринитом

Группы пациентов	Срок исследования	СОП, см/с	СС, Па/см ³ /с
1-я (n = 44)	Через 1 мес.	677 ± 8	$0,28 \pm 0,003$
	Через 6 мес.	$804 \pm 0,5^*$	$0,21 \pm 0,003^*$
2-я (n = 44)	Через 1 мес.	696 ± 9	$0,24 \pm 0,003$
	Через 6 мес.	$806 \pm 0,3^*$	$0,18 \pm 0,003^*$
3-я (n = 44)	Через 1 мес.	694 ± 8	$0,26 \pm 0,003$
	Через 6 мес.	$803 \pm 0,6^*$	$0,19 \pm 0,003^*$
4-я (n = 44)	Через 1 мес.	680 ± 5	$0,27 \pm 0,002$
	Через 6 мес.	$800 \pm 5^*$	$0,22 \pm 0,002$
Примечание. * $p > 0,05$ при сравнении с контрольной группой.			