



ласти скопления нейронов. В отдельных нейронах улитковых ядер отмечалась хорошо выраженная цитоплазма и ядро, наряду с этим встречались нейроны с дистрофическими изменениями.

В слуховой зоне височной коры при лечении тренталом наблюдалось восстановление структур глии, уменьшение окологлобального отека большинства веретенообразных и пирамидных нейронов, пролиферация олигодендроглиоцитов. Наряду с этим, в этой зоне большинство нейронов находилось в состоянии дистрофии и некроза (рис. 3). При лечении тренталом, более положительная динамика отмечалась в слуховой зоне височной коры, чем в улитковых ядрах продолговатого мозга.

Выводы

Сравнивая патоморфологических изменения при гентамициновой интоксикации, после введения кортексина и трентала у крыс контрольной и основной группы, можно утверждать, что применение препарата кортексин характеризуется улучшением как микроциркуляции, так и восстановлением внутриклеточных репаративных процессов в центральных отделах слухового анализатора. По-видимому, кортексин влияет на обменные процессы внутри клеток, тем самым способствуя восстановлению клеточных структур. В то время как трентал купирует только реактивные изменения в виде уменьшения перичелюлярного и периваскулярного отека.

Применение кортексина в клинической практике позволяет предотвратить дальнейшее развитие деструктивных процессов в центральных отделах слухового анализатора, что расширит возможности применения кохлеарной имплантации у больных с сенсоневральной тугоухостью, обусловленной приемом аминогликозидных антибиотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибеков И. М. Лечение и профилактика сенсоневральной тугоухости антибиотиковой этиологии мидокалмом и ноотропилем: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 16 с.
2. Золотова Т. В. Дифференцированный подход к лечению сенсоневральной тугоухости.: автореф. дисс. докт. мед. наук. – 2004. – 36 с.
3. Маерович И. М. К вопросу о патогенезе и патогенетической терапии некоторых форм кохлеарных невритов // Вестн. оторинолар. – 1974. – № 2. – С. 99–102.
4. Маткулиев Х. М. Патогенез, клиника, лечение и профилактика ототоксикозов: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1994. – 32 с.

Каримова Зебо Хайитбаевна – врач-оториноларинголог взрослого ЛОР-отделения 2-й клиники Ташкентской мед. академии. 100109. Ташкент, ул. Фаробий, д. 2. Узбекистан, тел.: +998-977-272-212; e-mail: uzzebouz@mail.ru

УДК:616.216.1-002.193-056.3-08

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А. И. Крюков, Ф. А. Гурбанов

PATHOGENETIC THERAPY OF ALLERGIC RHINOSINUSITIS AT THE PRESENT STAGE

A. I. Kryukov, F. A. Gurbanov

ГУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии Департамента здравоохранения Москвы»

(Директор – проф. А. И. Крюков)

Проведено обследование 240 пациентов с аллергическим риносинуситом (АРС). 60 больным с отечной формой АРС и 60 больным с отечной формой АРС и наличием БА после предшествующего неэффективного лечения топическими глюкокортикостероидами (ГКС) интраназальное введен дипроспан по разработанной авторами схеме. 60 больным с начальной стадией полипозной формы АРС и наличием сопряженной ЛОР-патологии и



60 пациентам с АРС в сочетании с гипертрофией слизистой оболочки средних и (или) нижних носовых раковин, а также с неблагоприятными вариантами внутриносовой анатомии в зависимости от выявленных изменений в полости носа и сопутствующей патологии проведены функциональные эндоназальные операции. Ретроспективный анализ эффективности лечебно-диагностического алгоритма тактики ведения показал, что у обследованных больных положительный эффект от лечения наблюдался в 92% случаев.

Ключевые слова: аллергический риносинусит, топические кортикостероиды, дипроспан, бронхиальная астма.

Библиография: 3 источника.

Investigation of 240 patients with allergic rhinosinusitis (ARS) is carried. 60 patients with edematous form ARS and 60 sick edematous form of ARS and presence bronchial asthma (BA), after previous inefficient treatment topical glucocorticosteroids (GCS), are spent intranasal introduction of diprospan under the scheme developed by authors. 60 patients with an initial stage polypous forms of ARS and presence interfaced ENT-pathology and 60 patients with ARS in a combination to a hypertrophy of a mucous membrane of average and/or bottom nasal bowls, and also to adverse variants of intranasal anatomy, depending on the revealed changes in a cavity of a nose and an accompanying pathology, are spent functional endonasal operations. The retrospective analysis of efficiency of medical-diagnostic algorithm of tactics of conducting has shown that at the surveyed patients the positive effect from treatment was observed in 92 % of cases.

Key words: allergic rhinosinusitis, topical corticosteroids, diprospan, bronchial asthma.

Bibliography: 3 sources.

В настоящее время отмечается большой интерес к проблеме лечения аллергического риносинусита (АРС) и его совместного течения с бронхиальной астмой (БА). Это обусловлено тем, что отмечена тенденция увеличения пациентов с данной патологией, к тому же происходят утяжеление течения аллергии, развитие полисенсibilизации, присоединение различных инфекционных осложнений на фоне иммунологических расстройств у данных больных.

Многие исследователи, изучавшие взаимосвязь патологии верхних и нижних дыхательных путей, доказали, что в патофизиологическом и патоморфологическом отношении они представляют собой единое целое. Поэтому очаги сенсibilизации в верхних дыхательных путях, в частности в полости носа и околоносовых пазухах, оказывают большое влияние на возникновение и течение БА [2, 3].

Несмотря на то что в последнее десятилетие в клиническую практику внедрены результаты большого ряда исследовательских работ и появилось много новых лекарственных препаратов, проблема далека от своего решения.

Пациенты и методы. Нами проведено обследование 240 пациентов с АРС в Московском научно-практическом центре оториноларингологии Департамента здравоохранения города Москвы и в Госпитале МВД Азербайджанской Республики.

При обследовании больных тщательно собирался анамнез заболевания: жалобы больного, давность заболевания, наличие сопутствующей патологии, подробный аллергологический анамнез.

Осмотр ЛОР-органов проводился с применением передней и задней риноскопии для выявления особенностей анатомического строения внутриносовых структур. Помимо общеклинического обследования, мы проводили ряд специальных исследований: определение уровня аллерген – специфических Ig E в сыворотке крови аллергосорбентными тестами (RAST), осмотр аллерголога с проведением кожных скарификационных РГА-тестов на выявление аллергической реакции, цитологическое исследование мазков-отпечатков из полости носа в динамике с подсчетом количества эозинофилов в мазке.

Для объективизации изменений носового дыхания в процессе лечения мы применили метод передней активной риноманометрии (ПАРМ). Исследование проводили риноманометром Rhinospir-164. Обследование производили до и в процессе лечения. Мы оценивали изменения суммарного объемного потока и его зависимость от давления для правой и левой половин носа.

При наличии у больного БА обязательно в процессе диагностики и лечения участвовал пульмонолог, проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) в динамике.

В предоперационном периоде КТ околоносовых пазух выполняли в целях диагностики распространенности патологического процесса в пазухах, а также уточнения индивидуальных особенностей строения полости носа и околоносовых пазух.



Основными жалобами больных были постоянная или периодическая заложенность носа, выделения из носа и гипосмия. Помимо того, кроме стандартных «ринологических жалоб» пациенты отмечали заложенность ушей, снижение слуха, чаще – на одно ухо, периодические головные боли, чувство тяжести в проекциях околоносовых пазух. В анамнезе имелись указания на неоднократно перенесенный синусит.

При осмотре носа у больных отмечались бледная или синюшная окраска слизистой оболочки, пятна Воячека, умеренный или выраженный отек слизистой оболочки и прозрачное слизистое отделяемое. Особенности эндоскопии полости носа в зависимости от распределения пациентов в клинические группы будут описаны ниже.

Для субъективной оценки тяжести течения аллергического риносинусита мы проводили опрос пациентов и заполняли соответствующие анкеты. Пациенты оценивали заложенность носа, ринорею, нарушение обоняния. Выраженность симптомов мы отмечали в баллах.

Результаты эндоскопического осмотра полости носа мы также оценивали в баллах. Мы учитывали окраску слизистой оболочки, количество слизистого отделяемого, наличие и выраженность отека слизистой оболочки. Наличие 7–9 баллов говорило о тяжелом течении заболевания, от 4 до 6 – о средней тяжести течения заболевания и от 0 до 3 – о легком течении.

Большинство больных – 96 (40%) – страдали АРС от 3 до 5 лет. Среди обследованных пациентов у 102 (42,5%) была диагностирована БА, при этом у 78 больных АРС предшествовал развитию БА, у 19 – БА развилась первично, а у 5 – АРС и БА диагностированы одновременно. Тяжелого течения БА не было. В основном выявлена инфекционно-зависимая БА с атопическими реакциями: средней степени тяжести – у 63 больных, легкого течения – у 31 пациента. Атопическая БА легкого течения диагностирована у 8 пациентов.

По клиническим группам больные были распределены следующим образом. Всего было четыре клинические группы (Г).

1-ю Г составили 60 больных с отеочной формой АРС, 2-ю Г – с отеочной формой АРС и наличием БА. Обязательным критерием включения в эти группы было предшествующее неэффективное лечение топическими глюкокортикостероидами (ГКС). После длительного безрезультатного лечения ГКС (от 1 до 4 месяцев) больные были настроены на проведение лечения, которое принесет быстрое и ощутимое облегчение. Также все больные активно использовали деконгестанты и антигистаминные препараты, 11 больным ранее проводилось лечение ГКС per os и/или парентерально по поводу БА. В этих группах мы проводили консервативное лечение.

Дипроспан является стандартом локальной кортикостероидной терапии благодаря наличию двух фракций: водорастворимой и микрокристаллической. Водорастворимая фракция обеспечивает быстрое действие дипроспана, а микрокристаллическая пролонгирует действие препарата за счет депонирующего эффекта до 3–4 недель, в результате чего происходит купирование патологического процесса и наступает длительная ремиссия [1]. Нами препарат вводился подслизисто по 0,5 мл в каждую половину носа в передний конец нижних носовых раковин однократно. В 1 мл раствора содержится 5 мг бетаметазона, что является однократной терапевтической дозой. Инъекции проводили в первой половине дня, учитывая особенности фармакодинамики глюкокортикоидов. При необходимости инъекции повторяли не ранее чем через 7 суток и не более 3 процедур.

Безопасность введения дипроспана в нижние носовые раковины оценивали лабораторно: по изменению уровня эндогенного кортизола в сыворотке крови пациентов до введения, на 1-е и 7-е сутки после инъекции, а также клинически – выявлялось наличие нежелательных явлений и побочных реакций.

До введения препарата у всех пациентов уровень эндогенного кортизола колебался в пределах нормы – от 176 до 512 нмоль/л (140–600 нмоль/л). Средний уровень составил 326 ± 31 нмоль/л. На следующие сутки после инъекции у всех больных произошло однотипное снижение кортизола. Его уровень колебался от 23 до 98 нмоль/л. Средний уровень составил 47 ± 8 нмоль/л. При исследовании кортизола на 7-е сутки после лечения отмечена у всех пациентов нормализация его уровня, данные колебались от 150 до 426 нмоль/л. Средний уровень составил 268 ± 22 нмоль/л.



Субъективно пациенты легко переносили введение дипроспана. В ходе лечения были зафиксированы незначительные нежелательные явления, которые, возможно, были связаны с инъекцией дипроспана у 7 пациентов; 6 пациентов жаловались на слабую диффузную головную боль, устраненную приемом спазмолитиков. Одна больная отметила сокращение менструального цикла.

Эффективность от проводимого лечения мы оценивали в динамике на 3-и сутки, через 1 и 6 месяцев от внутриносового введения дипроспана.

В 1-й Г на 3-и сутки после проведенного лечения нами получены следующие результаты: 57 пациентов отметили положительный эффект, 3 – удовлетворительный; во 2-й Г: 55 пациентов отметили положительный эффект, 5 – удовлетворительный. Отрицательного эффекта зафиксировано не было. Это вполне объяснимо, так как эффект при введении дипроспана развивается быстро.

При обследовании через 1 месяц у 56 больных 1-й Г выявлен положительный результат, у 2 – удовлетворительный и у 2 – отрицательный; у больных 2-й Г получены аналогичные данные. Пациентам с отрицательным эффектом были проведены повторные инъекции дипроспана с положительным эффектом.

Через 6 месяцев у пациентов 1-й Г положительный эффект сохранялся у 54 больных, у 4 – удовлетворительный, у 2 – отрицательный. Среди 4 пациентов с удовлетворительным эффектом были 2 больных, у которых через месяц был зафиксирован положительный результат, и 2 – с удовлетворительным результатом. У 53 пациентов 2-й Г через 6 месяцев сохранился стойкий положительный эффект, 4 пациента отметили легкое течение аллергического риносинусита, 3 больных считали, что проявления заболевания возобновились. Этим пациентам снова был введен дипроспан с положительным эффектом. У пациентов с сопутствующей БА отмечено благоприятное течение заболевания, подтвержденное клиническими, лабораторными данными и результатами ФВД.

В 3-ю Г мы отнесли 60 больных с начальной стадией полипозной формы аллергического риносинусита и наличием сопряженной ЛОР-патологии. При эндоскопии у пациентов 3-й Г мы выявили полипозные разрастания различной формы и размеров, исходящие из клеток решетчатого лабиринта в области среднего носового хода, а также полипозную дегенерацию задних концов нижних носовых раковин.

Как мы указывали выше, у всех больных этой группы диагностирована сопряженная ЛОР-патология: дисфункция слуховой трубы – у 22 пациентов, хронический гиперпластический гайморит – 21, хронический гиперпластический полисинусит – 18, хронический экссудативный отит – 6, адгезивный отит – 4, хронический мезотимпанит – у 2 больных.

Больным данной группы проводили как консервативное лечение с использованием дипроспана, так и по строгим показаниям функциональные эндоназальные операции, такие как этмоидотомия – 39, риноантростомия – 35, эндоназальная фронтотомия – 4, эндоназальная сфеноидотомия – 5, микрогайморотомия с удалением мелких полипов или гиперплазированных участков слизистой оболочки – 21. Всего выполнено 104 операции.

Результатом хирургического лечения перечисленных больных явилось прекращение патологического процесса, что соответствовало клиническому выздоровлению больных. Отчетливая положительная динамика на фоне проведенного лечения в данной подгруппе отмечена у 56 из 60 пациентов.

В послеоперационном периоде пациенты использовали топические кортикостероиды. При длительном сохранении заложенности носа, ринорреи, но не ранее чем через 2–3 недели после операции, мы проводили внутриносовое введение дипроспана с положительным эффектом.

Как мы указывали выше, у 22 больных была диагностирована длительная тубарная дисфункция, которая у 2 сопровождалась хроническим мезотимпанитом, у 4 – адгезивным отитом и у 6 – хроническим экссудативным средним отитом. Наиболее частой причиной длительной тубарной дисфункции у наших пациентов явился аллергический отек в области глоточного устья слуховой трубы – 14 наблюдений. У 8 больных имели место полипозная дегенерация задних концов нижних носовых раковин и (или) полипозные разрастания в области глоточного устья слуховой трубы. В 2 наблюдениях выявлено сочетание названных видов патологии.



При выявлении аллергического процесса в области глоточного устья слуховой трубы нами был применен метод паратубарного введения дипроспана. Данное лечебное воздействие обладает мощным местным противовоспалительным и антиаллергическим эффектом. Эффективность у обследованных нами больных составила 100%. Пациентам с механической обструкцией слуховой трубы нами проведено хирургическое лечение (у 5 больных – частичная конхотомия, у 1 – электрокоагуляция полипозной ткани в области глоточного устья слуховой трубы и у 2 – одновременно два хирургических вмешательства). При сочетании с аллергическим отеком в послеоперационном периоде мы также паратубарно вводили дипроспан с положительным эффектом, не ранее чем через 2–3 недели после операции.

В 4-ю Г вошли 60 пациентов аллергическим риносинуситом в сочетании с гипертрофией слизистой оболочки средних и (или) нижних носовых раковин, а также с неблагоприятными вариантами внутриносовой анатомии.

При эндоскопическом обследовании полости носа мы выявили различные девиации перегородки носа – 52, гипертрофию *aggr nasu* – 6, крючковидного отростка – 4, решетчатой буллы – 15, парадоксальное положение средней носовой раковины – 8, *concha bullosa* – 11.

В зависимости от выявленных изменений в полости носа, наличия жалоб и сопутствующей патологии мы проводили функциональные эндоназальные операции, такие как септопластика – 41, подслизистая кристотомия перегородки носа – 11, этмоидотомия – 45, инфундибуллотомия – 49, вазотомия нижних носовых раковин – 60, щадящая конхотомия нижних носовых раковин – 12. Всего проведено 208 операций.

Операции проводились с учетом особенностей течения аллергического процесса. В послеоперационном периоде пациенты получали курс топических кортикостероидов, а при необходимости – внутриносовые инъекции дипроспана. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом без применения местных анестетиков. Хотелось бы отметить, что большинство операций протекали без осложнений. Однако у 2 больных с БА средней степени тяжести в раннем послеоперационном периоде развились приступы БА, прекратившиеся введением бронхолитиков и кортикостероидов.

В послеоперационном периоде хорошие функциональные результаты были получены не у всех больных. В подгруппе пациентов, которым была выполнена вазотомия нижних носовых раковин, из 60 больных у 12 через 2–10 месяцев вновь появилось затруднение носового дыхания. При обследовании данных пациентов мы выявили гипертрофию нижних носовых раковин. Всем больным произведено повторное хирургическое лечение – щадящая конхотомия нижних носовых раковин. В послеоперационном периоде все больные отметили нормализацию носового дыхания. При сроке наблюдения от 1 до 5 лет у пациентов не было показаний для повторного хирургического лечения.

Таким образом, патогенетически обоснованным методом лечения АРС является поэтапное использование стероидных препаратов. Хирургическое лечение при АРС показано при наличии резистентных к консервативной терапии и необратимых форм патологии слизистой оболочки полости носа, при наличии аномалий внутриносовой анатомии. При наличии латентно протекающей патологии полости носа и околоносовых пазух и АРС необходимо придерживаться тактики активного использования методов функциональной эндоназальной эндомикрохирургии.

Ретроспективный анализ эффективности лечебно-диагностического алгоритма тактики ведения показал, что у обследованных больных положительный эффект от лечения наблюдался в 92% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельков А. В., Вавулов Ю. А. // Военно-медиц. журн. – 2001. – № 9. – С. 58–61.
2. Лопатин А. С. Кортикостероидная терапия в ринологии // Рос. ринология. – 2001. – № 2. – С. 138.
3. WHO ARIA. – 2001.

Крюков Андрей Иванович – докт. мед. наук, профессор, директор Московского НПЦО ДЗ Москвы. 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 18 «А», стр. 2, тел.: (495) 633-92-26, e-mail: lorcentr@mtu-net.ru; **Гурбанов** Фуад Афат оглы – докт. мед. наук, полковник-лейтенант, зав. отд. оториноларингологии госпиталя МВД Азербайджанской Республики. AZ1106, Азербайджанская Республика, Баку, пр. Зии Буньятова, д. 36, тел.: 8-1099-450-310-70-07, e-mail: gurbanov.fuad@rambler.ru