



ЛИТЕРАТУРА

1. Профилактика рубцовых стенозов гортани и трахеи в отделениях реанимации у больных, находящихся на длительной ИВЛ – диагностический и лечебный алгоритм. / Р. С. Аразов, В. Ю. Сергеев, Н. Э. Бойкова и др. Приоритетные вопросы оториноларингологии – Мат. научн-практ. конф. Сибирского ФО. – Новокузнецк, 2008. – С. 11–12.
2. Фоломеев В. Н. Реабилитация больных с порстинтубационными стенозами гортани и трахеи: Автореф. дис...докт. мед. наук. – / В. Н. Фоломеев, М., 2001. – 36 с.
3. Deglutition: physiologic and neurophysiologic aspects/ A. Car, A Jean, C. Roman// Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord). – 1998. – V. 119 (4). – P. 219–25.
4. Dysphagic patients with tracheotomies: a multidisciplinary approach to treatment and decannulation management/ U. Frank, M. Mдder, H. Sticher// Dysphagia. – 2007. – V. 22 (1). – P. 20–9.
5. Evaluation and treatment of swallowing impairments/ JB Palmer, JC Drennan, M. Baba//Am. Fam. Physician. – 2000. – V. 61 (8). – P. 2453–62.
6. Gerek M., The management of swallowing disorders through rehabilitation methods/ M Gerek, M. Ciyiltepe// Kulak. Burun. Bogaz. Ihtis. Derg. – 2005. – V. 14 (1–2). – P. 10–17.
7. Huckabee M. L. Emerging modalities in dysphagia rehabilitation: neuromuscular electrical stimulation/ VL Huckabee, S. Doeltgen//N. Z. Med. J. – 2007. – V. 12; 120 (1263): U2744.
8. Impairment of deglutition reflex after prolonged intubation// V. de Larminat, B. Dureui, P. Montravers et al. // Ann. Fr. Anesth. Reanim. – 1992. – V. 11 (1). – P. 17–21.
9. Laryngopharyngeal abnormalities in hospitalized patients with dysphagia/ GN Postma, WF McGuirt, BS Gutler et al. // Laryngoscope. – 2007. – V. 117 (10). – P. 1720–2.
10. Leder S. B.. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing/ SB Leder, JT Murray//Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. – 2008. –V. 19 (4). – P. 787–801
11. Miller A. J. The neurobiology of swallowing and dysphagia/ AJ Miller//Dev. Disabil. Res. Rev. – 2008. – v. 14 (2). – P. 77–86.
12. Nash M. Swallowing problems in the tracheotomized patient/ M. Nash// Otolaryngol. Clin. North Am. – 1988. – V. 21 (4). – P. 701–9.
13. Pre-emptive swallowing stimulation in long-term intubated patients/ CH Hwang, KH Choi, YS Ko et al. //Clin. Rehabil. – 2007. – V. 21 (1). P. 41–6.
14. Steele C. M. Electric stimulation approaches to the restoration and rehabilitation of swallowing: a review. / C. M. Steele, A. T. Thrasher, M. R. Popovic. // Neurol Res. 2007 Jan; 29 (1): P. 9–15.
15. Vaiman M. Surface electromyographic studies of swallowing in normal subjects: a review of 440 adults. Report 2. Quantitative data: amplitude measures/ M. Vaiman, E. Eviatar, S. Segal// Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2004. – V. 131 (5). – P. 773–80.

УДК: 616. 216. 1–002–08–039. 73

**ПРИМЕНЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ
МОРСКОЙ ВОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТОВ**

Е. Л. Савлевич, Х. Т. Абдулкеримов, К. И. Карташова, В. О. Самойличенко

ГОУ ПВО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)

МУ Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

(Главный врач – А. И. Степанов)

В настоящее время ринологическая патология занимает одно из ведущих мест в общей структуре оториноларингологических больных, находящихся на стационарном лечении. Данную группу составляют от 50% до 52% пациентов, находящихся на лечении в ЛОР-стационарах.

Еще больший процент составляют синуситы среди амбулаторных пациентов с заболеваниями верхних дыхательных путей. По России в целом, синуситом страдают от 10% до 14% популяции.

В качестве причин такого соотношения рассматриваются:

- особенности анатомо-физиологического строения носа и околоносовых пазух;
- снижение иммунореактивных свойств организма;



- влияние экологических факторов на организм и на дыхательные пути в частности, аллергия;
- характер и глубина изменений состояния слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух на клеточном и молекулярном уровнях и другие факторы. Кроме того, незначительная отечность слизистой оболочки в среднем носовом ходе вызывает обструкцию остиомеатального комплекса и естественных соустьев соответствующих пазух с нарушением аэрации, оттока содержимого и застоём секрета, с последующей бактериальной сенсбилизацией.

Особое значение в области верхних дыхательных путей имеет мукоцилиарная система. Современные сведения о строении и механизмах движения реснитчатых клеток представлены Г. Рихельманом и А. С. Лопатиным [5].

Воспалительные заболевания придаточных пазух носа встречается часто как у детей, так и у взрослых. Чаще всего они возникают после острых респираторных вирусных инфекций и гриппа и, в подавляющем большинстве случаев, имеет вирусную этиологию. Вторичное гнойное воспаление ОНП развивается лишь у 0,5–2% таких пациентов. В структуре этой патологии, верхне-челюстные синуситы и этмоидиты (как правило, в сочетании) составляют наибольший процент.

Наиболее частными бактериальными возбудителями инфекций дыхательных путей, являются такие как *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Str. Spp.*, *Str. pyogenes*, *Moraxell*, (Разл. Ассоциации), и многие другие.

Диагностика синуситов не представляет затруднений и основывается на типичной клинической картине, данных эндоскопического и лучевых методов исследования.

Поэтому, учитывая риногенную природу большинства синуситов, их лечение должно базироваться на концепции причинности, в частности: мероприятия, направленные на элиминацию воспалительного процесса, активное дренирование пазух, а также применение средств, действие которых непосредственно направлено на патогенез изменения режимов продукции и реологических свойств носового секрета (гигиенические препараты) [1–4].

В работе механизма очищения дыхательного пути, помимо респираторного эпителия, принимают участие еще два компонента: железы слизистой оболочки и секрет, покрывающий респираторный тракт. Ритм движения зависит от вязкости слизи, которая вырабатывается железистыми клетками. Поддержание постоянных показателей свойств слизи осуществляется симпатической нервной системой. Сгущение или разрежение слизи замедляет движение ресничек, а значит, увеличивается время воздействия бактерий и вирусов на слизистую оболочку, вызывая ее повреждение. Направление движения ресничек строго определено в различных участках полости носа, что имеет большое клиническое значение [6–8].

Для уменьшения этих нежелательных последствий, в последние годы применяют современные фармацевтические препараты направленного действия, такие – как «Биопаркс» – ингаляционный антибиотик местного действия, имеющий широкий спектр действия, бактериальные лизаты, современные ингаляционные сосудосуживающие препараты, топические стероидные средства и др., использование которых в процессе лечения значительно облегчает туалет полости носа.

Целью нашего исследования явилось изучение преимуществ использования препарата природного происхождения на основе морской воды для местного применения у пациентов с различными формами синуситов.

Основой спрея является морская вода, стерилизованная и приведенная к изотоническому состоянию, в состав которого входят микроэлементы, улучшающие функцию мерцательного эпителия, что усиливает резистентность слизистой оболочки полости носа к болезнетворным бактериям и вирусам, что способствует смыванию и удалению уличной и комнатной пыли, аллергенов и гаптенов со слизистой оболочки носа, уменьшению местного воспалительного процесса и, соответственно, поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки полости носа.

Аэрозольная форма препарата и высокотехнологичный механический распылитель спрея способствуют образованию тонкого слоя, который покрывает слизистую оболочку носа (заме-

стительный эффект при нарушениях назальной секреции) и способствует быстрому проникновению в нее препарата, разжижает экссудат слизистой оболочки и облегчает его эвакуацию со всеми вытекающими благоприятными последствиями.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 53 больных с острым гнойным верхнечелюстным синуситом, в возрасте от 17 до 69 лет. Из них 24 – мужчины и 29 женщин.

Всем пациентам проводилось клиническое обследование: эндоскопия ЛОР-органов, определение функции носового дыхания, определение времени мукоцилиарного клиренса при помощи сахаринового теста, цитологические исследования – мазки-перепечатки со слизистой оболочки носа. Оценивались также выраженность симптомов синусита в обеих группах (заложенность носа, интенсивность болевых ощущений, количество и характер выделений из носа), динамика риноскопической картины, данные лучевых методов исследования, бактериологического исследования, лабораторных показателей, отдаленные результаты лечения.

Пациенты были разделены на 2 группы.

В I-ю группу входили 29 лиц острым гнойным гайморитом (17 – женщин и 12 – мужчин), при средней продолжительности заболевания до начала лечения 5,1 дней. Все пациенты этой группы получали антибактериальный препарат – Амоксиклав 1000 2 раза в сутки и гигиенический препарат на основе морской воды по 2 дозы в каждую половину полости носа 3–4 раза в день. Продолжительность лечения составила 10 дней.

II-я группа состояла из 24 наблюдаемых острым гнойным верхнечелюстным синуситом, средний возраст у которых составлял – 38 лет, (13 – женщин и 11 – мужчин). Средняя продолжительность заболевания до начала лечения – 4,9 дня. Больные получали Амоксиклав 1000 2 раза в сутки. Продолжительность курса составила 10 дней.

Гигиенический спрей назначали сразу после поступления в стационар и продолжали в течение 2–3 недель, в зависимости от динамики процесса. Каких-либо побочных эффектов, или аллергических реакций у наших пациентов не наблюдалось.

Следует заметить, что до начала лечения наши больные других анти-биотиков не принимали.

Результаты исследования. Больные первой группы предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение обоняния, а также лицевые и головные боли, которые уменьшались на 2 и 3 сутки после начала лечения, зато переносимость болей была гораздо легче за счет уменьшения явлений сухости в полости носа и улучшения дренажа. Риноскопически у них выявляли отек и гиперемию слизистой оболочки полости носа и наличие слизисто-гнойного отделяемого в области среднего и общих носовых ходов. Нормализация ринологической картины наступала на 5–6 сутки (в среднем – 5,83).

Пациенты II группы также предъявляли типичные жалобы, наиболее выраженные на 3–4 сутки от начала лечения. Головные боли исчезали на 4–6 сутки (в среднем – 5,56), соответственно улучшалось дренирование пазух, а также и эндовидеоскопическая картина в полости носа. Выздоровление наступало на 6–7-е сутки (в среднем – 6,71) (табл. 1).

Таблица 1

Динамика симптоматики у наблюдаемых больных

Симптомы		Группы больных			
		I-ая (амоксиклав + спрей)		II-ая (амоксиклав)	
		сутки	Среднее к-во	сутки	Среднее к-во
Головная боль	уменьшение	2–3	3,12	3–4	3,42
	исчезновение	3–4	3,64	4–6	5,56
Заложенность носа	уменьшение	2	1,79	3–4	3–38
	исчезновение	3	2,62	5	4,89
Выздоровление		5–6	5,83	6–7	6,71
Рецидивы (в течение 8 мес.)		2 пациента (из 29)		5 больных (из 24)	



При сахариновом тесте, ускорение времени теста у лиц из II - группы в среднем составило $2,6 \pm 1,0$ минуты, а в I группе – $1,8 \pm 0,93$ мин., что показывает отчетливое ускорение времени мукоцилиарного транспорта, а значит более быстрое восстановление носового дыхания.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что гигиенический спрей оказывает положительное влияние на динамику течения бактериальных воспалительных процессов в околоносовых пазухах.

Выводы:

Назначение препарата с целью гигиены и увлажнения слизистой оболочки, а также создания чувства комфорта в полости носа, приводит к улучшению качества жизни пациентов, а входящие в состав препарата микроэлементы оказывают положительный эффект на функциональное состояние мукоцилиарной системы слизистой оболочки полости носа.

Механическое смывание спреем вирусных частиц со слизистой оболочки носа, соответственно будет способствовать профилактике респираторных заболеваний и уменьшит риск заболевания, а также возможно повышению их сопротивляемости вирусной и бактериальной агрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкеримов Х. Т. Патогенетические механизмы и современные подходы к лечению воспалительных заболеваний околоносовых пазух / Абдулкеримов Х. Т., Тарасевич Т. Н., Велиханова М. С. // «Рос. ринология» – 2003. №2. – С. 33.
2. Гаращенко Г. И. Мукоактивные препараты и их место в лечении заболеваний верхних дыхательных путей / Гаращенко Г. И., Богомильский М. Р., Радциг Е. Ю. // Там же. 2002. – №2. – С. 146–151.
3. Киселев А. С. Спрей AQWA MARIS в лечении патологии носа и околоносовых пазух / А. С. Киселев, И. В. Ткачук. Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». – СПб.: РИА-АМИ. – 2001. – С. 598–601.
4. Марков Г. И. Исследование влияния некоторых лекарств на двигательную активность мерцательного эпителия в эксперименте. / Г. И. Марков // Вестн. оторинолар. – 1976. – №6. – С. 13–17.
5. Рихельман Г. Мукоцилиарный транспорт / Г. Рихельман, А. С. Лопатин. // Рос. ринология, 1994. – №4. С. 33–37.
6. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомокинеза. / М. С. Плужников, А. Г. Шантуров, Г. В. Лавренова и др. СПб. – 1995.
7. Merton H. Pfluger. / H. Merton // Arch. Ges. Physiol. – 1923. – Vol. 198. – P. 1–18.
8. Stierna P. L. E. Physiology, mucociliary clearance and neural control / In: Kennedy D. W., Bolger W. E., Zinreich S. J., eds. // Diseases of the sinuses: diagnosis and management. Hamilton, Ontario: B. C. Decker. – 2001. – P. 35–46.

УДК: 616. 216. 3–002:616. 281

**ОПТИМИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ
ПРИ ПАТОЛОГИИ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ
МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОГРАФИИ**

О. В. Салий, Х. Т. Абдулкеримов, Ж. А. Рамазанова

ГОУ ПВО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)

МУ Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

(Главный врач – А. И. Степанов)

Одним из важнейших условий жизнедеятельности человека, которое позволяет ему активно взаимодействовать с внешней средой, является сохранение равновесия и координации движений [5].

Нарушения функции равновесия, проявляющиеся атаксией, головокружением, патологическими вегетативными реакциями вносят свой вклад в клиническую картину многих заболеваний, в том числе и сфеноидитов. Наряду с другими симптомами они обуславливают тяжесть заболевания и могут приводить к стойкой утрате трудоспособности [1–4].