

первом этапе анализа данных функциональных исследований до и после лечения подростков с ЭАГ 1 группы обнаружены положительные сдвиги: регресс медленной пароксизмальной активности (у 18% больных), появление регулярного альфаритма (у 25,6% больных). При исследовании спектральной плотности мощности, решалась задача определения соотношения различных ритмических составляющих в сложной структуре ЭАГ и определения их индивидуальной выраженности. Выявлено значимое уменьшение индекса мощности Q-ритма ($p < 0,001$), что указывает на гармонизацию потоков синхронизирующих и десинхронизирующих влияний между корой и подкорковыми образованиями. В группе сравнения отмечена однонаправленность изменений КЭЭГ, что и в основной группе, однако статистически значимой динамики показателей обнаружено не было.

По результатам психологического обследования у 80% больных 1 группы снизился уровень тревожности, уровень психоэмоционального напряжения и депрессии, повысилась самооценка. На фоне проводимой терапии выявлены статистически значимые изменения показателей нейротизма в сторону эмоциональной устойчивости, что отражает сохранение организованного поведения, ситуативной целенаправленности в обычных и стрессовых ситуациях и свидетельствует о позитивных сдвигах в психоэмоциональном

состоянии. В группе сравнения позитивные сдвиги психологического статуса наблюдались лишь у каждого четвертого больного.

Таким образом, включение психофизиологического метода БОС-терапии в дополнение к КВЧ-пунктуре повышает эффективность программы комплексного лечения подростков с ЭАГ и способствует нормализации вегетативного гомеостаза и биоэлектрической активности головного мозга.

При использовании предложенной нами методики появляется возможность избирательного воздействия на звенья регулирующих систем с учетом их индивидуальных особенностей. Воздействие электромагнитными волнами КВЧ-диапазона на БАТ улучшает восстановительные процессы в организме, устраняет симптомы дисфункции вегетативной нервной системы, нормализует психоэмоциональный статус. Современные компьютерные технологии предоставляют реальную возможность наблюдать за мониторируемыми параметрами в процессе тренинга и устойчиво фиксировать приобретенные навыки с целью их использования в повседневной деятельности. Метод биологической обратной связи позволяет учитывать индивидуальные особенности личности, дозированно подбирать каждому больному нагрузку для тренировки и контролировать эффективность ее выполнения в ходе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамович С.Г., Холмогоров Н.А., Федотченко А.А. Немедикаментозная терапия и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: современные технологии, оценка качества и эффективности санаторно-курортного лечения. – Иркутск: ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2008. – 310 с.
2. Азов Н.А., Азова Е.А., Анисимов С.И., Корнаухов А.В. Применение низкоинтенсивного ЭМИ КВЧ в педиатрии // Вест. Нижегородского университета. – 2001. – №2. – С.111-121.
3. Гогин Е.Е. Задачи оптимизации базисной (патогенетической) и симптоматической терапии артериальной гипертензии // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – №3. – С.4-10.
4. Зубкова С.М., Боголюбов В.М. Физиологические основы трансцеребральной электротерапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2007. – №3 – С.3-13.
5. Киргизова О.Ю., Неретина Е.В. Основы восстановительной медицины в педиатрии. – Иркутск: ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2008. – 224 с.
6. Колесникова Л.И., Долгих В.В., Поляков В.М., Рычкова Л.И. Проблемы психосоматической патологии детского возраста. – Новосибирск: Наука, 2005. – 221 с.
7. Леонтьева И.В., Белозеров Ю.М., Агапитов Л.И. Оценка суточного ритма артериального давления у детей и подростков: Пособие для врачей. – СПб., 2000 – 10 с.
8. Машанская А.В. Клинико-функциональная оценка эффективности КВЧ-пунктуры в реабилитации подростков с синдромом вегетативной дистонии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2007. – 19 с.
9. Филатова Е.В., Верещагина В.М., Оганесян М. Критерии оценки адаптационных возможностей больных при физиовоздействиях // Материалы первого Всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. – М., 2007. – С.288-289.
10. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review // J. Hypertens. – 2004. – Vol. 22. №1. – P.11-19.

Информация об авторах: 664046, г. Иркутск, ул. Дальневосточная д. 57-А, кв. 53, раб. тел. 390630, ale-mashanskaya@yandex.ru, Машанская Александра Валерьевна – ассистент кафедры физиотерапии и курортологии ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава, кандидат медицинских наук; Прохорова Жанна Владимировна – младший научный сотрудник нейрорепаративной лаборатории ГУ НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН; Киргизова Оксана Юрьевна – доцент кафедры физиотерапии и курортологии ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава, доктор медицинских наук; Абрамович Станислав Григорьевич – зав. кафедрой физиотерапии и курортологии ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава, профессор, доктор медицинских наук.

© ХАРЛАНЦЕВА А.В., ЧЕРНОВ А.И., КУЙДИН И.Ю., СТУКАЛИНА Л.В., МАРТЫНОВ С.А., ХИРНЕТКИНА А.Ф. – 2010

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ РИНОЛИТА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

А.В. Харланцева, А.И. Чернов, И.Ю. Куйдин, Л.В. Стукалина, С.А. Мартынов, А.Ф. Хирнеткина
(МУЗ «Городская больница №6» г. Иркутска, гл. врач – к.м.н. С.Н. Панов, ЛОР-отделение, зав. – А.И. Чернов)

Резюме. В статье представлен редкий случай обнаружения и удаления ринолита у взрослого пациента, ядром которого являлась пуговица.

Ключевые слова: ринолит, инородные тела носа, гнойный насморк.

RARE CASE OF RHINOLITH IN ADULT PATIENT

A.V. Kharlantseva, A. I. Chernov, I.U.Kuidin, L.V. Stukalina, S.A. Martinov, A.F. Khyrnetkina
(Irkutsk Municipal Hospital №6)

Summary. In the article a rare case of detection and removal of rhinolith in adult patient, where a button was a nucleus, has been presented.

Key words: rhinolith, nasal foreign body, purulent rhinitis.

Иностранные тела носа встречаются часто, особенно в практике детского оториноларинголога, но ринолиты – все-

гда редкая находка. Ринолит – камень, образующийся в носовой полости в результате отложения солей, выпадающих

из носового секрета, слезных желез [1,2,3]. Составляющими ринолитов являются: фосфат кальция (44,7%), карбонат кальция (20,69%), фосфат магния (19,46%), органические элементы (13,2%) и вода (2,5-4,95) [4,5]. Он бывает самой разнообразной величины и формы, плотной, хрупкой или рыхлой консистенции, с гладкой или неровной поверхностью, что объясняет возникновение при этом кровотокащих грануляций. Инородные тела полости носа наиболее часто обнаруживаются в нижнем и среднем носовых ходах.

Патогенез ринолитиаза недостаточно изучен [1,4,5]. В настоящее время выделяют две теории:

1. Экзогенная – бессимптомно находящееся инородное тело (вата, фрагмент пластика или металла, plombировочный материал, косточки фруктов, орехи и т.п.).

2. Эндогенная – скопление солей вокруг густого назального секрета, сгустка крови, атипично расположенного зуба, продуктов клеточного лизиса и некроза слизистой оболочки и др.

Образованию ринолитов могут способствовать анатомо-физиологические особенности полости носа: сужение носовых ходов, деформация носовой перегородки, увеличение носовых раковин и т.п. [1,2,3,4].

Симптомы ринолита неспецифичны [1,4,5]. Они вызывают, как правило, длительное одностороннее затруднение носового дыхания и насморк слизисто-гнойного характера. При длительном пребывании инородного тела в носовой полости возможны воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух, дистрофические и атрофические изменения слизистой оболочки, перфорации стенок носовой полости, носовые кровотечения, неврологические лицевые боли, орбитальные и внутричерепные осложнения.

Учитывая редкость данной патологии, представляем клиническое наблюдение пациента с выявленным ринолитом, ядром которого являлась пуговица.

ВЛОТ-отделение МУЗ «Городская больница №6» 17.12.2008. поступил пациент Т., 22 лет, уроженец Таджикистана, с диагнозом: Острый двусторонний верхнечелюстной синусит.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на наличие гнойного отделяемого из носа, затруднение носового дыхания больше с левой стороны.

Из анамнеза: указанные жалобы беспокоят с детства. Неоднократно принимал лечение по месту жительства (Таджикистан), которое всегда носило кратковременный характер. Ни с чем заболевание свое не связывал.

При передней риноскопии в нижнем носовом ходе слева определялось образование серо-желтого цвета, округлой формы, с неровной поверхностью, плотной консистенции, малоподвижное. Левый общий носовой ход заполнен гнойным секретом, правый общий носовой ход сужен за счет деформации носовой перегородки. Слизистая оболочка носовой полости отечна, гиперемизирована. Остальные ЛОР-органы без изменений. Общий анализ крови и мочи без воспалительных изменений.

19.12.2008 г. - с целью определения размера, структуры и границ образования пациенту была выполнена компьютерная томограмма околоносовых пазух. На компьютерной томограмме околоносовых пазух (рис. 1) определялись следующие изменения: утолщение слизистой оболочки полости носа слева, неоднородное содержимое в левой верхнечелюстной пазухе, в левом носовом ходе гиперденсивное поле с четкими контурами, размером 33x18 мм, деформация носовой перегородки вправо. Заключение: инородное тело носа, признаки верхнечелюстного синусита.

23.12.2008 г. под местной анестезией (раствор лидокаина 10%) из левой половины носа фрагментарно удален ринолит, темно-желтого цвета, размером 3x2 см, ядром его являлась пуговица (рис. 2). Послеоперационный период без особенностей.

25.12.2008 г. в связи с наличием изменений в левой верхнечелюстной пазухе с лечебно-диагностической целью выполнена пункция этого синуса, получено 3 мл янтарно-желтой жидкости.

Пациенту проводилась антибактериальная, местная противовоспалительная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В.М. Классификация ринолитов. Ринолиты // Вестник оториноларингологии. – 1998. – №6. – С.41-43.
2. Бобров В.М. Четыре наблюдения ринолита // Вестник оториноларингологии. – 1990. – №6. – С.69-71.

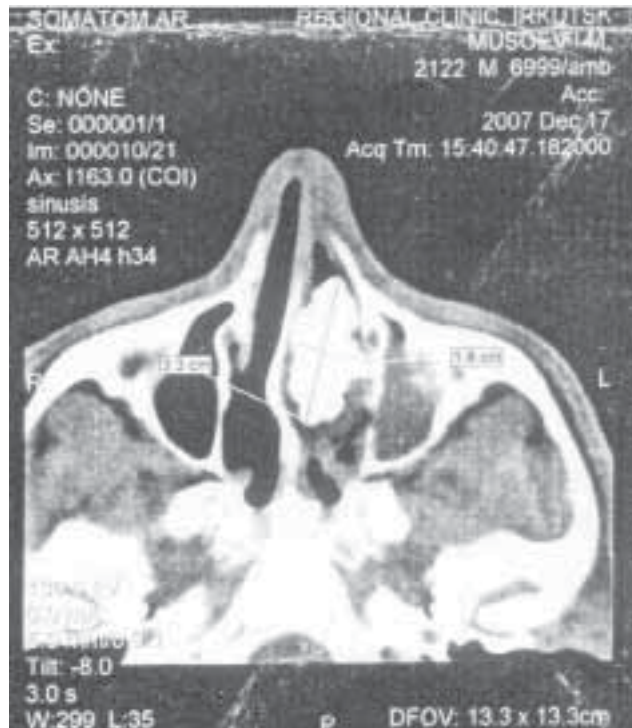


Рис. 1. Компьютерная томограмма околоносовых пазух пациента Т.

При выписке из стационара – носовое дыхание с левой стороны свободное, затруднено справа из-за деформации носовой перегородки, общий носовой ход слева широкий, нижняя носовая раковина гипотрофична.

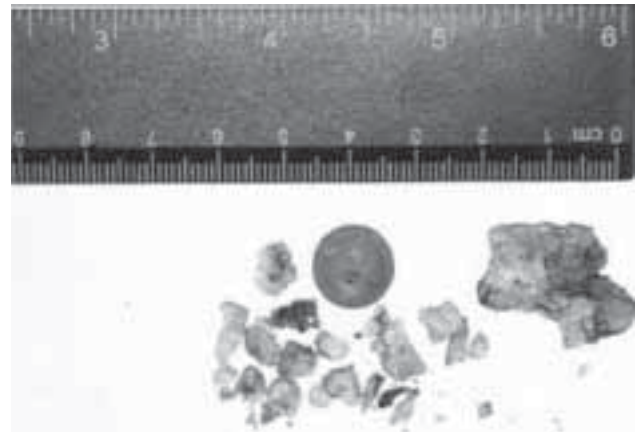


Рис. 2. Извлеченный ринолит, в центре пуговица.

Таким образом, крупное инородное тело находилось в полости носа длительное время, вызывая затруднение носового дыхания, слизисто-гнойные выделения из носа. Произошли изменения внутриносовых структур: деформация носовой перегородки, гипотрофия левой нижней носовой раковины. Компьютерная томограмма околоносовых пазух позволила детально определить характер патологии. Удаление ринолита способствовало восстановлению носового дыхания.

По нашему мнению, данное наблюдение представляется интересным в связи с относительной редкостью, длительностью пребывания инородного тела в полости носа (около 15 лет) и развитием воспалительного процесса в левой верхнечелюстной пазухе, с формированием ринолита, а также демонстрацией возможностей современных диагностических методов исследования.

3. Гапанович В.Я., Бузо Т.А. Ринолит 32-летней давности // Вестник оториноларингологии. – 1978. – №3. – С.96-98.
4. Kharoubi S. Rhinolithiasis: a propos de 3 cas // Revue Laryngologie, Otologie, Rhinologie. – 1995. – №16. – P.223-224.
5. Kaushik V., Bhalla K., Pahade A. Rhinolithiasis Ear // Nose Throat. J. – 2004. – №83. – P.512-514.

Информация об авторах: 664056, г. Иркутск, ул. Якоби, 34, МУЗ «Городская больница №6», ЛОР-отделение, Харланцева Анна Валерьевна; Куйдин Игорь Юрьевич, Стукалина Лариса Валентиновна, Чернов Анатолий Иванович, Мартынов Вячеслав Александрович, Хирнеткина Аюна Федоровна – врачи-оториноларингологи

© ЕФРЕМОВА О.А., ФАЯЗОВ Р.Р., МЕХДИЕВ Д.И., ЧИСТОСТУПОВ К.С., АХМЕРОВ Р.Р. – 2010

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ РОЖИ

О.А. Ефремова, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев, К.С. Чистоступов, Р.Р. Ахмеров
(Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, ректор – д.м.н., чл.-корр. РАМН, проф. В.М. Тимербулатов)

Резюме. Авторами предлагается метод хирургического лечения при осложнённых формах рожи – декомпрессионная волнообразная контурная дерматомия. Освещены цели, показания для разработанного способа хирургического лечения, описана техника выполнения дерматомии. В работе представлены результаты лечения 20 больных с осложнёнными формами рожи. Предложен оригинальный способ местного лечения осложнённых форм рожи.

Ключевые слова: хирургические методы лечения, рожистое воспаление, контурная дерматомия, результаты лечения.

SURGICAL AND TOPICAL TREATMENT IN COMPLICATED FORMS OF ERYSIPELAS

O.A. Efremova, R.R. Fajazov, D.I. Mekhdiyev, K.S. Chistostupov, R.R. Akhmerov
(Bashkir State Medical University, Ufa.)

Summary. In this article a method of surgery treatment of complicated forms of erysipelas – decompressive undulating contour dermatomia has been proposed. The purposes were shown, indications for this method of surgery treatment and technology of dermatomia execution have been proposed. In this work the results of the surgical treatment of 18 patients with complicated forms of erysipelas have been presented.

Key words: surgical methods of treatment, erysipelas, contour dermatomia, results of treatment.

Лечение рожистого воспаления мягких тканей остается одной из актуальных проблем современной хирургии. От 10 до 16% от числа всех больных в поликлинике – это больные с рожистым воспалением, а более 6% всех этих больных госпитализируются в специализированные хирургические отделения. Среди больных с гнойно-септической патологией более 20% приходится на рожу [1,6,8]. Эти цифры убедительно говорят об актуальности и нерешенности проблемы лечения рожистого воспаления и его осложнений в хирургии, которая приобретает все большую социально-экономическую значимость. В последнее десятилетие отмечена тенденция к увеличению осложнённых форм рожи, протекающих крайне тяжело, независимо от локализации [2,3,5].

Использование традиционных общепринятых методов лечения не всегда приводит к желаемым результатам. Несмотря на множество способов хирургического лечения осложнённых форм рожи, проблема не теряет своей актуальности в силу снижения эффективности применяемых препаратов, резистентности микроорганизмов к проводимой терапии, снижения иммунологической и общей реактивности организма больных [2,9,11]. В последнее время все острее встают проблемы гнойной интоксикации организма, инфекционно-аллергических проявлений заболевания, а также увеличение осложнённых форм рожистого воспаления и рецидивов данного заболевания [8,11].

Современный уровень теоретических и практических достижений общепатологических, медицинских и технических наук позволяет подойти с новых позиций к решению проблемы повышения эффективности лечения рожистого воспаления и его осложнений в хирургической практике.

Материалы и методы

Клинический материал составили 20 больных основной группы и 14 больных группы сравнения с осложнёнными формами рожи конечностей (буллезно-геморрагической, гнойно-некротической).

В лечении больных рожей главное место принадлежит ранней хирургической обработке зоны патологического процесса. Уже при буллезной форме, даже когда в буллах содержится серозная жидкость визуально без примеси гноя, обязательным элементом лечебной тактики является вскрытие булл с эвакуацией патологической жидкости. При осложнённых формах рожи хирургическое вмешательство должно быть как более ранним, так и максимально радикальным. Хирургическая обработка включала проведение декомпрессионной волнообразной и контурной дерматомии.

Показаниями для проведения контурной дерматомии являются измерения внутритканевого давления в зоне патологического процесса. Для измерения внутритканевого давления мы использовали аппарат, который состоит из ртутного манометра, полихлорвиниловых трубок, трёхходового крана, шприца и иглы. Игла и соединённая с ней полихлорвиниловая трубка заполняется изотоническим раствором, при этом перекрывают отверстие крана, который ведет к манометру. После обработки операционного поля игла вводится в исследуемую ткань. Потом с помощью крана изолируется игла и соединённая с ней трубка, заполненным изотоническим раствором шприцем повышается давление в системе до 20 мм рт.ст. После этого переводится кран в положение «ртутный манометр-игла». Если жидкость движется к игле, то это свидетельствует об отсутствии патологически высокого внутритканевого давления и измерение давления прекращается. Если жидкость не движется, то прибор переключается в положение «шприц-манометр» и, доведя давление до 30 мм рт.ст., переключается в предыдущее положение. Отсутствие движения жидкости в сторону иглы свидетельствует о повышении внутритканевого давления до 30 мм рт.ст. При этом показатели аппарата для измерения внутритканевого давления колеблются в пределах 25-30 мм рт.ст.

Целью проведения дерматомии является дренирование центра воспаления и подготовки к проведению некрэктомии. Технический результат – уменьшение попадания микроорганизмов, токсических продуктов из очага воспаления в общую лимфатическую систему, уменьшение инфицированности раневой поверхности, декомпрессия при циркулярном поражении конечности, создание оптимальных условий для уменьшения воспалительного процесса, уменьшение угрозы развития осложнений в виде флегмон и гангрены, проведения вальверосорбции и улучшение функциональных результатов лечения, уменьшения продолжительности сроков лечения.

Разработанный способ проведения декомпрессионной контурной дерматомии конечностей и туловища осуществляется следующим образом. Производится контурный разрез кожи, а также подкожной жировой клетчатки с пересечением региональных надфасциальных лимфатических сосудов на расстоянии 1,0-1,5 см по контуру рожистого воспаления в пределах здоровой ткани. Декомпрессионная контурная дерматомия позволяет отграничить рожистый воспалительный процесс, уменьшить признаки местной воспалительной реакции, вследствие чего снижается попадание микроорганизмов, токсических продуктов в общую лимфатическую систему, что создает оптимальные условия для купирования заболевания. Дополнительно через имеющиеся раны проис-