

РОЛЬ И МЕСТО КЛИНИЧЕСКИХ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

В.Ф. АНТОНИВ, В.М. АКСЕНОВ, А.И. ПЕРЕКРЕСТ

Кафедра оториноларингологии РУДН, 113093 Москва, ул. Павловская, д. 25, кор. 8

Авторами проанализированы трудности, с которыми сталкиваются врачи оториноларингологи при установлении диагноза и лечении больных с травмами носа, аденоидами и синуситами. Показано, что рентгенологический и клинический диагноз: перелом костей носа со смещением отломков не всегда совпадают. При установлении клинического диагноза необходимо помнить о возможных коммоциональных последствиях травмы носа, наличии или отсутствии деформации наружного носа.

Деление аденоидов по величине на 4 степени у детей очень условно. Ведущая роль в диагностике аденоидов и в показании к аденотомии следует придавать данным анамнеза, изменениям костных структур черепа, физическому и психическому развитию ребенка.

При диагностике синуситов зачастую переоцениваются данные рентгенографии и недооценивается клиническая симптоматика.

Ежегодный анализ работы консультативного кабинета и ЛОР-отделения Российского университета дружбы народов показывает, что начинающие, а иногда и оториноларингологи со стажем сталкиваются с определенными трудностями при установлении диагноза и лечении больных. Они во многом определяются отсутствием четких критериев оценки клинических симптомов и параклинических методов исследования. В связи с этим бывает недооценка клинической симптоматики и переоценка рентгенологических, лабораторных и др. методов исследования. Так, к примеру, при травмах носа обязательным является рентгенологическое исследование больного, поскольку это помогает детализировать характер перелома и документирует обращение потерпевшего в судебные инстанции. Как правило, производится рентгенография костей носа в боковой проекции. Довольно часто врач-рентгенолог отмечает перелом костей носа со смещением отломков, но при осмотре и обследовании больного деформация носа не отмечается, вследствие чего оториноларингологу трудно сформулировать диагноз. Мы считаем, что в таких случаях диагноз должен быть таким: "Закрытый перелом костей носа с незначительным смещением без деформации наружного носа". В этом случае нет показаний для репозиции костей носа, так как у больного нет жалоб ни при осмотре, ни в дальнейшем на головную боль, головокружение и др., поэтому такую травму следует расценивать как легкую.

Если же во время травмы у больного отмечались признаки сотрясения мозга: потеря сознания, тошнота, головная боль и др. симптомы в сочетании с травмой, переломом и деформацией носа, то состояние больного следует расценивать как средней тяжести или тяжелое. Тяжесть больного в таких случаях обусловлена в основном сотрясением мозга. В дальнейшем у таких больных могут развиваться синдромы: гипертензионный, вестибулярный, дизэнцефальный, которые иногда могут привести больного к инвалидности.

Нередко рентгенологу не удастся определить смещения отломков, а оториноларинголог обнаруживает деформацию носа. Это связано с тем, что рентгенография в боковой проекции не регистрирует смещение отломков во фронтальной плоскости. Для выявления боковых смещений отломков необходимо производить рентгенографию в лобно-носовой позиции, при которой эти смещения хорошо видны.

В детской практике оториноларингологи выделяют 4 степени увеличения носоглоточной миндалины, что очень условно, если недооценивать клиническую симптоматику: длительность затрудненного носового дыхания, частоту и длительность острых ринитов, сон с открытым ртом, признаки аденоидов (сглаженность носогубной складки, несколько отвисшую челюсть, готическое нёбо, неправильное формирование зубов), сопутствующие заболевания (хронический гнойный средний отит, синусит и др.).

Рентгенографию довольно часто используют для оценки степени гипертрофии носоглоточной миндалины, так как осмотреть носоглотку ребенка трудно. Мы считаем, что широкое применение для этого рентгенологического исследования в детской практике нежелательно ввиду отрицательного воздействия облучения на растущий организм. По

данным рентгенографии врач не всегда в состоянии определить показания к аденотомии. Не во всех случаях величина носоглоточной миндалины имеет решающее значение, поскольку даже при гипертрофии I степени в миндалине могут быть явления хронического аденоидита, которые и будут обуславливать клинику. Поэтому недооценка клинических данных, таких как частота и длительность острых ринитов, отитов, бронхитов, наличие воспаления верхнечелюстных пазух, неправильное формирование зубов и т.д. часто приводит врача к ошибочным решениям. Недавно мы обследовали больного 22 лет, которому в связи с затруднением носового дыхания была произведена подслизистая резекция носовой перегородки, оказавшаяся недостаточно эффективной. Риниты и затруднение носового дыхания сохранялись и лишь после удаления остатков носоглоточной миндалины больной почувствовал облегчение и улучшение носового дыхания.

В связи с вышеизложенным мы считаем, что ведущую роль в диагностике аденоидов и определении показаний к аденотомии следует придавать анамнезу, изменениям костных структур черепа, указанным выше, физическому и психическому развитию ребенка.

Наибольшее количество ошибок в диагностике имеет место при заболевании околоносовых пазух. Обычно диагноз острого воспаления верхнечелюстной пазухи ставится на основании изменений на рентгенограмме. Мы не отрицаем значимости рентгенографии в дифференциальной диагностике патологии околоносовых пазух. Однако переоценка этого метода диагностики наряду с некачественным выполнением рентгенограммы встречается повседневно. Иногда дело доходит до абсурда. Так, несколько лет назад на консультативный прием была направлена больная с диагнозом "Мигрирующая остеома лобной пазухи"! На 6-ти рентгенограммах в подбородочно-носовой проекции костная тень была в 6-ти разных местах лобной пазухи и решетчатого лабиринта. При рентгенографии лобных пазух в лобно-носовой позиции оказалось, что костная тень находится в области родничка, а не в лобной пазухе. При закидывании головы, что делается при подбородочно-носовой позиции, тень проецировалась на область лобных пазух. В практической деятельности каждого оториноларинголога были случаи, когда при пункции верхнечелюстной пазухи гноя не получено, хотя на рентгенограмме имелось снижение прозрачности. Часто клетки решетчатого лабиринта принимаются за несуществующую лобную пазуху. Поэтому мы считаем, что при рентгенологическом исследовании околоносовых пазух необходимо производить, как минимум, две рентгенограммы в разных позициях.

Много разногласий среди врачей и при лечении синуситов. Рекламная пропаганда лечения последних без пункции привела к плохому знакомству специалистов с вариантами строения верхнечелюстных пазух, что участило случаи "щечных" пункций.

Сравнительно часто для лечения синуситов используются гомеопатические препараты, которые в настоящее время оцениваются как вспомогательный метод. Однако прежде всего необходимо удалить гной из пазухи, применив традиционную пункцию или синус-эвакуатор. Только комбинация этих методов дает быстрый и стойкий результат.

ROLE AND PLACE OF CLINICAL AND PARACLINICAL METHODS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NOSE AND PARANASAL SINUSES DISEASES

V.F. ANTONIV, V.M. ACSENOV, A.I. PERECREST

Diseases of the Ear, Nose and Throat RPFU. 113093 Moscow, Pavlovskaya st., 25, 8

The authors have analysed the difficulties with which otolaryngologists usually deal when making the diagnosis and treating the patient with nose trauma, adenoids and sinuites. It is realed that rentgenologic and clinical diagnosis of nasal bones fracture with displacement are not always coincide. When making a clinical diagnosis one should always keep in mind possibilities of concussions consequences of the trauma and presence or absence of the deformations of the external nose.

Classifications of adenoids by the size on three degrees in children is rather nonpreciese. The bading role in diagnosis making and considering indications for adenoidectomy should be played by patient histjry, changes in osseai structures of the seul, physical and psychological development of the child.

When making a diagnosis of sinusitis, rentgenologic data are often overestimated while clinical symptoms are underestimated.