

К ЛЕЧЕНИЮ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ЭКССУДАТИВНОГО ФРОНТИТА

К. Ф. Ягудин

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доктор мед. наук В. Р. Деменков)
Ворошиловградского медицинского института*

Проблема лечения экссудативных фронтитов не теряет своей актуальности. Среди ряда методов их лечения восстановление дренажно-вентиляционной функции лобно-носового канала имеет ведущее значение, поскольку от его проходимости зависит своевременность эвакуации экссудата из пазухи [1—3].

Нами проанализированы результаты лечения 65 больных (мужчин — 41, женщин — 24) в возрасте от 16 до 50 лет с изолированными и сочетанными формами гнойного фронтита. У 18 больных гнойное воспаление лобных пазух сочеталось с гайморитом и этмоидитом, у 27 — с гнойным гайморитом. Острый гнойный фронтит диагностирован у 52 больных, обострение хронического гнойного фронтита — у 13. Двустороннее воспаление лобных пазух наблюдалось у 18 больных, одностороннее — у 47.

В зависимости от примененного метода лечения больные были разделены на две однотипные по возрасту и составу заболеваний группы. В 1-ю группу были включены 33 человека. Всем больным проводили курс антибактериальной, гипосенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии с назначением витаминов. Анемизацию слизистой оболочки носа осуществляли у них путем закапывания сосудосуживающих капель или введения турунд, смоченных этими же растворами, в полость носа и в средний носовой ход. При сочетании фронтита с гнойным гайморитом производили пункцию верхнечелюстной пазухи. После промывания в нее вводили раствор антибиотика с эмульсией гидрокортизона. Учитывали чувствительность микрофлоры к вводимому антибиотику. После стихания симптомов острого воспаления назначали физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ЛУЧ-3).

В процессе лечения у 16 (48,5%) больных клинический эффект наступил на 2—3-й день: в среднем через 60 ч от начала лечения исчезли головные боли, уменьшилось количество выделений из носа, носовое дыхание становилось свободным. В промывной жидкости из верхнечелюстной пазухи слизистое отделяемое вместо гноя появилось в среднем через 4,2 дня. Клиническое выздоровление констатировано через 9,4 дня.

У 17 из 33 больных данной группы через 2—3 дня от начала лечения мы не отметили тенденции к улучшению общего со-

стояния и к уменьшению интенсивности головной боли. Им была произведена трепанация лобной пазухи через глазничную стенку с последующим введением полихлорвиниловых дренажных трубок. Ежедневно через них промывали лобную пазуху, вводили 0,1% раствор адреналина (1 мм), антибиотики с протеолитическими ферментами или с эмульсией гидрокортизона, параллельно продолжали курс общего лечения. Нормализация общего состояния наступила у них к 5—6-му дню от начала стационарного лечения. Клиническое выздоровление констатировано в среднем через 15,1 дня.

Во 2-й группе было 32 человека. Кроме общей терапии больным данной группы проводили местное лечение, направленное на восстановление функций соустьев околоносовых пазух. Для этого больному, лежащему на спине, запрокидывали голову за край перевязочного стола на 45°. При таком положении головы свод среднего носового хода принимает горизонтальное положение. Вначале слизистую оболочку полости носа анестезировали 3% раствором дикаина, затем в средний носовой ход из шприца через канюлю Гартмана вливали 0,7—1,0 мл 0,1% раствора адреналина. Раствор сосудосуживающего средства непосредственно контактировал со слизистой оболочкой соустьев передних околоносовых пазух и проникал в лобно-носовой канал, способствуя восстановлению их дренажной и вентиляционной функций.

Через 3—4 мин после анемизации электроотсосом аспирировали отделяемое из среднего носового хода, полость носа промывали раствором антисептика. Затем больному помогали приподняться и сесть, создавая благоприятные условия для свободного оттока экссудата из лобной пазухи. Такую манипуляцию повторяли в течение 2 дней. По показаниям удаляли полипозную утолщенную слизистую оболочку у устья лобно-носового канала и смещали среднюю носовую раковину в медиальном направлении. При сочетании гнойного фронтита с гайморитом после пункции в верхнечелюстную пазуху вводили антибиотик с гидрокортизоном и 0,1% раствором адреналина (0,6—1,0 мл).

В результате такого способа лечения у 29 (90,6%) пациентов 2-й группы голов-

ная боль прекращалась через 12—24 ч от начала лечения. Функциональное состояние носа улучшалось быстрее, чем у больных 1-й группы. Слизистое отделяемое вместо гноя появлялось в среднем через 2,5 дня, и средние сроки клинического выздоровления были на 3,3 дня короче, чем в 1-й группе. Клиническое выздоровление у больных с полисинуситом констатировано через 10,6 дня, с гнойным фронтитом и гайморитом — через 8,1, с острым гнойным фронтитом — через 7,5 дня. 2 больным из этой группы была произведена трепанация лобной пазухи, одному — фронтотомия.

Таким образом, при включении в комплекс лечения целенаправленного воздействия сосудосуживающими средствами

на соустья передних параназальных пазух наблюдается улучшение результатов консервативного лечения больных с изолированными и сочетанными формами гнойного фронтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костышин А. Т. К вопросу о шадающих методах лечения больных фронтитом // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1987. — № 6. — С. 15—17.
2. Мальцев А. Г. // В кн.: Тезисы IX съезда оториноларингологов СССР. — Кишинев, Штиинца, 1988.
3. Пальчун В. Т., Устьянов Ю. А., Дмитриев Н. С. // Параназальные синуситы. — М., Медицина, 1982.

Поступила 13.06.89.

УДК 616.313—006.03—07

ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯЗЫКА

И. Г. Ямашев

*Кафедра хирургической стоматологии (зав.— доц. И. Г. Ямашев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В публикациях, посвященных заболеваниям языка, не анализируются ошибки клинической диагностики его доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований. Вместе с тем данный вопрос представляет несомненный практический интерес. Мы проанализировали частоту клинических ошибок при диагностике доброкачественных новообразований языка в условиях специализированного стационара.

Располагая сведениями о 212 больных (мужчин — 76, женщин — 136), мы разделили их на 2 группы. В 1-ю группу были включены сведения о лицах (137 чел.), у которых клинический и патогистологический диагнозы совпадали, во 2-ю — о 75 пациентах с ошибочным клиническим диагнозом, у которых такого совпадения не было. Кроме того, мы выделили 6 морфологических групп. В 1-ю вошли больные (78 чел.) с гемангиомами, во 2-ю (21) — с лимфангиомами, в 3-ю (31) — с папилломами, в 4-ю (32) — с фибромами, в 5-ю (36) — с кистами и в 6-ю (14) — с редкими новообразованиями языка, а именно: с зернистоклеточной опухолью, травматической невромой, ботриомикомой (по одному больному), липомой, неврилеммой, лейомиомой, зобом языка (по 2) и опухолями малых слюнных желез (3).

Больные были распределены по 5 возрастным группам: 1-ю группу составили больные до 15 лет (49 чел.), 2-ю — с 15 до 30 (42), 3-ю — с 30 до 45 (34), 4-ю — с 45 до 60 (46), 5-ю — с 60 лет и старше

(41); одновременно мы сформировали 5 групп с учетом давности заболевания (установливали анамнестически) и одну группу — с врожденными опухолями. 1-я группа объединила лиц с давностью заболевания до 3 мес (81 чел.), 2-я — с давностью до одного года (33), 3-я — с одного года до 3 лет (23), 4-я — с 3 до 5 лет (14), 5-я — больше 5 лет (28), 6-я — со дня рождения (33). И, наконец, распределение по 6 группам было произведено в зависимости от локализации новообразования. В 1-ю группу вошли больные (26 чел.) с опухолью на кончике языка (при положении языка за зубным рядом — в зоне нижних резцов), во 2-ю (33) — на передней трети (в зоне клыкв и премоляров), в 3-ю (42) — на средней трети (в зоне моляров), в 4-ю (45) — на задней трети, в том числе на корне языка (за зубом мудрости), в 5-ю (35) — на нижней поверхности языка, в 6-ю (31) — при распространении новообразования на два и более отделов органа.

Цифровой материал обработан статистически по методу Фишера. При анализе частоты ошибочных диагнозов в зависимости от пола не обнаружено существенного различия как в выделенных морфологических группах, так и в целом при всех новообразованиях языка. Вместе с тем как у мужчин, так и у женщин неправильный диагноз значительно чаще имел место при гемангиомах, чем при кистах и фибромах (соответственно у мужчин — $P < 0,001$ и $P < 0,05$, у женщин — $P < 0,05$ и $P < 0,01$). Так, у мужчин соотношение числа лиц с правильным