

## ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУИТОВ

В. Н. Красножен, Р. У. Батыршин, Р. В. Латыпов

*Кафедра оториноларингологии (зав.—доц. Р. У. Батыршин)  
Казанского института усовершенствования врачей*

Теоретической предпосылкой эндоскопической функциональной ринохирургии является признание риногенной природы большинства синуситов. Если воспалительный процесс в околоносовых пазухах не поддается санации или рецидивирует, причину этого следует искать в полости носа, решетчатом лабиринте, области естественных соустьев синусов.

Целью эндоскопических вмешательств было устранение обструкции соустьев околоносовых пазух. Наилучшие результаты наблюдаются в тех случаях, когда операцию производят впервые у данного больного. В ходе нее хирург встречает на своем пути 4 хорошо различимые костные пластинки: 1) крючковидный отросток; 2) переднюю стенку решетчатой буллы; 3) базальную пластинку средней носовой раковины; 4) переднюю стенку основной пазухи. Идентификация этих опознавательных пунктов — условие профилактики повреждений интракраниальных и орбитальных структур [1]. Необходимо также отчетливо проследить бумажную пластинку, крышу решетчатого лабиринта, переднюю и заднюю решетчатые артерии.

Слизистая оболочка крыши решетчатого лабиринта отличается от слизистой других его стенок более желтым цветом; кроме того, она чувствительнее к механическому воздействию. Преимущество местной анестезии при эндоскопических операциях заключается в том, что в случае контакта инструмента с основанием черепа или глазницы пациент сразу почувствует боль и предупредит хирурга. Поэтому большое значение имеет правильный инструктаж больного до операции.

Для осмотра полости носа и проведения операций мы используем жесткие эндоскопы и специальный риноинструментарий фирм «К. Шторц» и «Р. Вольф» (Германия). Большинство операций выполняют через носию с одновременным введением риноинструмента, который находится в поле зре-

ния хирурга и обеспечивает таким образом точность движений.

Для планирования объема эндоскопической операции необходимо знать строение остеоэталного комплекса, состояние передних отделов решетчатого лабиринта. Обычная рентгенография околоносовых пазух дает очень мало информации об этой области. Оптимально сочетание эндоскопии с компьютерной томографией. Кроме того, мы используем микрохирургический подход, позволяющий в ряде случаев получать дополнительные сведения.

Показаниями к эндоскопическому функциональному вмешательству являлись стойкое затруднение носового дыхания, рецидивы синусита, полипозные риносинуситы, кисты околоносовых пазух, респираторные гипоплазии, аномалии, неудовлетворительные результаты операции Колдуэлла — Люка, микотическое поражение верхнечелюстной пазухи.

В течение года эндоскопические операции произведены 182 больным (мужчин — 85, женщин — 97; возраст — от 17 до 70 лет). Заболевание длилось до одного года у 7 больных, от года до 3 лет — у 20, от 3 до 5 лет — у 28, до 10 лет и более — у 127.

Клинические диагнозы и виды оперативных вмешательств представлены в табл. 1, 2.

В большинстве случаев эндоскопические операции выполняют под местным обезболиванием, поэтому весьма важен выбор адекватного анестезиологического пособия. Для этого мы проводим мониторинг сердечно-сосудистой (ЭКГ, АД, частота пульса) и дыхательной (частота дыхания, насыщение крови кислородом) систем. Последние обследования особенно требуются пациентам, страдающим бронхиальной астмой. Кроме того, осуществляем ангиотензиометрию в слизистой оболочке околоносовых пазух. Перечисленные параметры учитываем при различных видах премедикации,

Таблица 1

## Клинический диагноз у оперированных больных

Диагнозы	Число больных
Полипозный гайморэтомидит	34
Пристеночно-гиперпластический гайморит	12
Полипозно-гнойный гайморит	86
Гнойный гайморит	5
Киста верхнечелюстной пазухи	8
Полисинусит	37
Итого	182

Таблица 2

## Виды хирургических вмешательств

Виды операций	Число больных
Инфундибуллотомия	69
Фенестрация соустья верхнечелюстной пазухи	75
Латеральная буллотомия	63
Фенестрация носолобного кармана	6
Передняя этмоидэктомия	101
Задняя этмоидэктомия	69
Фенестрация соустья основной пазухи	8
Удаление кисты верхнечелюстной пазухи	13
Итого	404

а также в процессе операции для максимального снижения порога болевой чувствительности.

Всем больным произведены эндоскопические вмешательства, то есть мы отказались от излишнего радикализма традиционных операций. Переносимость операций была хорошей. У одного больного возникло осложнение в виде эмфиземы нижнего века, что расценено как результат небольшой травмы стенки орбиты. На следующий день данное состояние самостоятельно купировалось. У 2 других пациентов полипозный процесс рецидивировал через 9 месяцев после операции, что потребовало повторного оперативного вмешательства.

Особого отношения требуют больные с так называемой «аспириновой» триадой. В наших условиях тактика такова: эндоскопическую полисинуситию производим сначала с одной стороны, а через 5—6 недель — с другой. Состояние больного контролируют пульмонолог и аллерголог для

того, чтобы время оперативного вмешательства совпало с периодом ремиссии. У 2 больных наблюдали рецидив гнойного гайморита, спровоцированного перенесенным гриппом в течение месяца после операции. Для купирования воспалительного процесса использовали «ЯМИК»-процедуру с введением в пазуху 5 мл 15% водного раствора димефосфона (всего 3 процедуры). При контрольном осмотре фенестрированного соустья стеноза не выявлено. К тампонаде носа прибегали лишь в единичных случаях, при большом объеме операции (тотальная сфенозтомидотомия). Рыхлую тампонаду устанавливали в средний носовой ход для предотвращения спаечного процесса и рубцовой латеропозиции средней носовой раковины в раннем послеоперационном периоде.

Пребывание больных в стационаре составило в среднем 5,2 койко-дня. Этот срок может быть значительно меньшим. В настоящее время мы выписываем пациентов на 2—3-й день после операции при отсутствии у них осложнений.

Больных, перенесших эндоскопическое функциональное вмешательство, наблюдают в кабинете реабилитации риноцентра в течение 3 лет. Главная задача наблюдения в отдаленные сроки — предотвратить рубцовую облитерацию среднего носового хода, определить состоятельность соустьев.

Отдаленные результаты прослежены у всех больных в сроки 3, 6 и 9 месяцев. При контрольном осмотре у 2 больных выявлен стеноз соустья верхнечелюстной пазухи, у 3 — рецидив гнойного гайморита.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности функционального хирургического лечения при заболеваниях носа и околоносовых пазух. Поскольку радикальные операции, применяемые в ринологии, не могут обеспечить лучших долговременных результатов, предпочтение, очевидно, следует отдавать щадящему методу эндоскопического вмешательства.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г. З., Лопатин А. С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия носа и околоносовых пазух: Руководство для врачей.— М., 1992.

Поступила 01.10.94.

with high functional effect are used for the treatment of 182 patients. Particular attention has been given to the postoperative follow-up of such patients in connection with the danger of cicatricial obliteration of the median nasal passage in early and remote postoperative periods.

Summary  
The endoscopic interventions into the nose cavity and on the accessory nasal sinuses

УДК 616.211—002.193—056.3:615.37

## ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Ф. А. Фаттахова

НИИ эпидемиологии и микробиологии (директор — канд. мед. наук Ф. З. Камалов), г. Казань

Одним из патогенетических методов лечения инфекционно-аллергического ринита является иммунотерапия бактериальными аллергенами.

С целью выяснения зависимости клинической эффективности от состояния реактивности нами были проанализированы иммунологические показатели у 148 больных с различным исходом специфической гипосенсибилизации бактериальными аллергенами. Были выделены 4 группы больных, имеющих отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты после курса специфической иммунотерапии (см. табл.). Неудовлетворительные результаты лечения были получены у тех больных, у кото-

рых сохранялись патологические сдвиги в гуморальном и клеточном звеньях иммунитета, в системе неспецифической защиты организма. В 100% случаев у них была снижена реактивность лимфоцитов к ФГА по сравнению с данными контрольной группы, соответственно достоверно уменьшены средние величины РБТЛ с ФГА. В гуморальном звене иммунитета выявлены следующие изменения: снижение уровня IgG (у 100% больных) и IgM (у 69,6%), а также повышение уровня IgA (у 100%). Отмечены значительные патологические нарушения и в системе нейтрофильного фагоцитоза: увеличение спонтанного НСТ-теста (сНСТ) — у 15 (65,2%) больных, снижение инду-

Сопоставление клинических результатов лечения с иммунологическими показателями

Показатели	Результаты лечения				Данные здоровых добровольцев (n=30)
	отличные (n=29)	хорошие (n=64)	удовлетворительные (n=32)	неудовлетворительные (n=23)	
Иммуноглобулины					
A	1,53±0,14 >0,05	1,56±0,11 >0,05	1,52±0,12 >0,05	2,35±0,26 <0,05	1,51±0,25
G	20,88±0,98 >0,05	16,70±0,67 <0,05	12,96±0,74 <0,001	13,60±0,73 <0,001	21,0 ±1,91
M	1,35±0,15 >0,05	1,28±0,14 >0,05	1,18±0,21 >0,05	1,20±0,11 >0,05	1,48±0,30
РБТЛ с ФГА, % blastov	50,0 ±1,4 >0,05	42,2 ±1,6 <0,05	35,4 ±2,0 <0,001	29,4 ±1,3 <0,001	47,5 ±2,0
НСТ-тест, %					
спонтанная реакция	10,2 ±1,3 <0,001	10,2 ±1,4 <0,001	10,5 ±1,4 <0,001	11,0 ±1,2 <0,001	6,7 ±0,5
индуцированная реакция	45,0 ±3,4 >0,0	38,7 ±3,6 >0,05	39,0 ±3,3 >0,05	40,9 ±4,2 >0,05	42,2 ±4,5
Опсонины					
ИОК, усл. ед.	0,99±0,04 >0,05	0,80±0,04 <0,05	0,86±0,05 <0,05	0,86±0,06 <0,05	1,01±0,04

P — достоверность различий между показателями больных и здоровых лиц.