

M. K. Mikhailov, L. G. Svatko,
V. N. Krasnozhenn, S. B. Mosikhin

Summary

The results of anatomic-topographic investigation of 100 clinoid sinuses obtained in autopsy of 50 dead persons are given. The relations of clinoid sinuses with posterior cells of ethmoidal labyrinth are found, the location of natural anastomoses of sinuses on the anterior wall is defined. The case record of the patient with sphenoiditis after endoscopic surgical intervention is given. The role of endoscopic method for diagnosis and treatment of sphenoiditis is shown.

Поступила 03.11.94.

1. Плужников М. С., Усанов А. А., Каленов В. Е., Головач Г. Г., Коссовой А. Л. Особенности клинико-рентгенологического обследования больных при зондировании и пункции клиновидных пазух // Журн. ушн. нос. и горл. бол. — 1987. — № 1. — С. 28 — 32.

2. Проскуряков С. А. Основная пазуха. Анатомическое и клиническое наблюдение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1939.

3. Шеврыгин Б. В., Агаев Г. Б. // Вестн. оторинолар. — 1987. — № 4. — С. 34 — 37.

УДК 616.216.1—002.2—053.2—085.28

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНЫХ ФОРМ ГАЙМОРИТА У ДЕТЕЙ

И. А. Студенцова, В. Н. Красножен

Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Р. У. Батыршин)
Казанского института усовершенствования врачей,
кафедра фармакологии (зав.— проф. Р. С. Гараев)
Казанского медицинского университета

При изучении местного действия димефосфона на моделях инфекционных воспалительно-аллергических заболеваний выявлены его антисептическое действие и способность повышать барьерные функции кожи и слизистых оболочек. Ранее нами показано, что местное применение 15% водного раствора препарата эффективно излечивает экспериментальный гнойный гайморит у кроликов [1].

Цель настоящей работы — клиническая оценка эффективности местного применения 15% водного раствора димефосфона при гнойном гайморите у детей в сравнении с традиционным методом лечения 1% раствором диоксида.

Было обследовано 159 детей в возрасте от 9 до 14 лет (85 мальчиков и 74 девочки). Острый гайморит диагностирован у 68 больных, хронический — у 91. Все больные распределены по 2 группам. В 1-ю, основную, группу вошли 96 детей (у 42 — острый гайморит, у 54 — хронический), леченных 15% водным раствором димефосфона; во 2-ю — 63 ребенка (у 26 — острый гайморит, у 37 — хронический), леченных 1% раствором диоксида. В процессе лечения исследовали дыхательную, обонятельную, выделительную и мукопилиарную функции носа.

Дыхательную функцию определяли по амплитуде отклонения нитки у входа в пред-

дверие носа при глубоком вдохе и выдохе, поочередно исследуя обе его половины. Обонятельную функцию носа изучали до лечения, во время него и в конце лечения качественным методом с помощью 4 стандартных растворов, помещенных в одинаковые пробирки: 0,5% раствор уксусной кислоты (I степень — слабый запах), чистый винный спирт (II степень — умеренный запах), настойка валерианы (III степень — интенсивный запах), раствор аммиака (IV степень — очень интенсивный запах).

Выделительную функцию слизистой оболочки носа оценивали с помощью ватных шариков диаметром от 0,3 до 0,5 см, которые вводили на одну минуту поочередно в правую и левую половины полости носа. При нормальной выделительной функции ватный шарик слегка пропитывается слизистым отделяемым, при сниженной — остается сухим, при повышенной — пропитывается полностью. О мукопилиарной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки носа судили по следующему тесту. Крупицу сахарина размером 0,6 мм помещали на расстоянии 5 мм от места прикрепления нижней носовой раковины. Определяли время появления вкусового ощущения, оно составляло в среднем $14,5 \pm 3,4$ минуты.

5 мл 15% водного раствора димефосфона (1-я группа) и такое же количество 1% раствора диоксида (2-я группа) вводили следующим образом. Ежедневно дренировали околоносовые пазухи через нижний носовой ход, предварительно их промыв 0,9% раствором натрия хлорида, затем вводили лекарственное средство 2 раза в день. В качестве ме-

тогда контроля использованы риноскопия и рентгенография околоносовых пазух в динамике.

В 1-й группе у всех 42 больных острым гнойным гайморитом, леченных димефосфоном, наступило клиническое выздоровление; из 54 больных хроническим гнойным гайморитом выздоровели 43 (79,6%), улучшение отмечалось у 11 (20,4%). Во 2-й группе у всех 26 больных острым гнойным гайморитом наступило выздоровление; из 37 больных хроническим гнойным гайморитом выздоровели 20 (54%), улучшение отмечалось у 15 (41%), процесс остался без перемен у 2 (5%).

У больных 1-й группы дыхательная функция носа нормализовалась к 5—7-му дню, во 2-й — к 11—13-му дню.

В 1-й группе обоняние до лечения было нормальным (I степени) у 18 (42,9%) детей, сниженным до II степени — у 24 (57,1%). Адаптация (время наступления потери ощущения запаха, составляющая у здоровых 3—5 минут при использовании в качестве пахучего вещества мятного масла) была нормальной у 35 (83,3%) человек и сокращенной до 1,5—2,0 минут — у 7 (16,7%). После проведения димефосфонотерапии (на 5—7-е сутки) адаптация и степень обоняния восстанавливались до нормы. Из 54 детей с хроническим гнойным гайморитом у 49 (90,7%) обоняние было снижено до III степени, адаптация уменьшена до 1—2 минут у 25 (46,3%). После лечения (на 7—9-е сутки) адаптация и обоняние восстановились до нормы у всех больных.

Во 2-й группе детей с острым гнойным гайморитом обоняние до лечения было нормальным у 12 (46,1%), снижено до II степени — у 14 (53,9%). Адаптация была нормальной у 21 (80,8%) ребенка и уменьшенной до 1,5—2,0 минут — у 5 (19,2%). После проведения традиционного лечения на 11—12-е сутки адаптация и обоняние восстановились до нормы. Из 37 детей с хроническим гнойным гайморитом до лечения у 33 (89,2%) обоняние было снижено до III степени, на 12—14-е сутки адаптация и чувствительность к запахам восстановились полностью у 22 (59,5%), улучшение наступило у 13 (35,1%), осталось без перемен — у 2 (5,4%).

У всех больных 1-й группы выделительная функция носа нормализова-

лась к 4—5-му дню, во 2-й — к 9—11-му дню.

При исследовании мукопилиарной функции слизистой оболочки носа до лечения у больных с острым гнойным гайморитом время появления вкусового ощущения составляло 26 ± 4 минуты, с хроническим гнойным гайморитом — 32 ± 3 минуты. К 5—7-му дню димефосфонотерапии мукопилиарная функция носа полностью нормализовалась. В контрольной группе у больных острым гнойным гайморитом нормализация мукопилиарной активности наступила у всех детей к 11—13-му дню; у больных хроническим гнойным гайморитом в 95% случаев — к 13—14-му дню; у 5% пациентов время появления вкусовых ощущений не изменилось.

При риноскопии у больных острым и хроническим гайморитом до лечения в обеих группах имели место отечность слизистой оболочки носовых раковин, гнойное или слизисто-гнойное отделяемое в средних и общих носовых ходах. Нормализация риноскопической картины в 1-й группе у больных острым гнойным гайморитом наблюдалась к 5—7-му дню, хроническим — к 7—8-му дню, во 2-й — соответственно к 11—12 и 12—14-му дню.

При рентгеноскопии околоносовых пазух у больных острым гнойным гайморитом констатируется гомогенное снижение пневматизации, хроническим гнойным гайморитом — затемнение верхнечелюстных пазух, иногда «уровень жидкости». Сроки нормализации рентгенологической картины приблизительно были такими же, как и риноскопической.

В 1-й группе длительность пребывания больных с острым гнойным гайморитом составляла в среднем 6 дней, с хроническим — 8, во 2-й группе — соответственно 11 и 13 дней.

Сравнение результатов влияния 15% водного раствора димефосфона на течение гайморита с результатами лечения 1% раствором диоксида выявило более выраженное противовоспалительное действие димефосфона на слизистую оболочку верхнечелюстных пазух и полости носа, что подтверждается результатами исследований дыхательной, обонятельной, выделительной, мукопилиарной функций носа, ри-

носкопическими и рентгенологическими данными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Единак Е. Н., Сморщок С. А. // Журн. ушн. нос. и горл. бол.— 1985.— № 3.— С. 20—24.

Поступила 01.10.94.

EFFICACY OF THE LOCAL APPLICATION OF DIMEPHOSPHONE IN THE TREATMENT OF EXUDATION MAXILLARY SINUSITIS IN CHILDREN

I. A. Studentsova, V. N. Krasnozhen

Summary

As many as 159 children aged 9 to 14 are examined for the clinical assessment of the

efficacy of local application of 15% water solution of dimephosphone in acute and chronic purulent maxillary sinusitis. The normalization of the rhinoscopic picture in acute maxillary sinusitis in patients of the basic group is observed in 5—7 days, in chronic — in 7—8 days, in the control group treated with 1% solution — in 11—12 and 12—14 days, respectively. The terms of normalization of the roentgenologic picture are approximately the same as the rhinoscopic one. The comparison of results of the effect of dimephosphone on the course of maxillary sinusitis with results of the treatment with dioxidine reveals more pronounced local antiinflammatory action of dimephosphone on the mucosa of maxillary sinuses and nose cavity.

УДК 616.22—008.5—07:616.22

СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ГОРТАНИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИСФОНИЯХ

Х. А. Алиметов

Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Х. А. Алиметов)
Казанского медицинского университета

Термин *функциональная дисфония* объединяет те заболевания гортани, при которых нет видимой патологии, способной стать причиной голосовых расстройств [4]. Болезнь проявляется в изменении звучности голоса и ограничении голосовых возможностей [3]. Как указывает И. Максимов [2], этим термином иногда обозначаются и заболевания, в основе которых имеются объективные причины, что вкладывает в него различный смысл; пользуются им также для прикрытия неизвестного. Трудно согласиться с авторами, которые считают, что при функциональных дисфониях нет видимой патологии.

В регуляции тонуса голосовых складок большую роль играют передние мышцы гортани, изменяющие угол наклона щитовидного хряща по отношению к перстневидному и тем самым напрягающие или расслабляющие голосовые складки. Гиперфункция мышц, расслабляющих голосовые складки (щитоподъязычная, щитоглоточная), дает клиническую картину гипотонусной формы дисфонии, а гиперфункция мышц, напрягающих голосовые складки (грудинощитовидная, перстнещитовидная), проявляется в виде гипертонусной формы дисфонии. В норме суммарный тонус мышц нижней группы, определяемый при помощи электромиографии с использованием поверхностных электродов, в 1,2—1,4 раза выше, чем тонус их антагонистов —

мышц верхней группы [1]. При любой форме дисфонии имеет место и гипотонус, и гипертонус мышц гортани, а клиническая маркировка на гипофункциональную и гиперфункциональную основывается на оценке состояния и функции голосовых складок.

В основе всех форм дисфоний лежит органическая патология — нарушение двигательной функции голосовых складок (дискинезия). Поэтому все дисфонии одновременно являются как органическими, так и функциональными. Учитывая изложенное выше, мы решили найти характерные для каждой формы дисфонии внешние признаки.

Нами обследовано 295 больных с функциональными дисфониями: у 120 диагностирована гипофункциональная форма дисфонии, у 110 — гиперфункциональная и у 65 — смешанная. Обследование включало осмотр и пальпацию контуров и скелета гортани, ларингоскопию, стробоскопию, электромиографию наружных мышц гортани.

Гипофункциональная форма дисфонии характеризовалась изменениями в опорно-двигательном аппарате гортани, выразившимися в уменьшении щитоподъязычного расхождения и появлении болезненных мышечных уплотнений (БМУ, триггеры), а также в щитоподъязычной мышце, определяемыми пальпаторно. Триггеры чаще выявлялись в верхнем отделе мышцы, у