

течение 16 лет общалась шепотом. Последняя операция произведена в Институте отоларингологии. Голос отсутствовал. Через 1 мес. приступили к фонотерапии. Голос восстановлен, сейчас она – студентка мед. университета г. Днеп-

ропетровска. Видеозапись операции и восстановления голосовой функции можно посмотреть на сайте канала «СТБ» - передача «Я соромлюсь свого тіла».

© Т.Г. Милоченко, Б.И. Павлык, 2016

М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОВОЛНЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Проблема терапии больных вазомоторным ринитом (ВР) в настоящее время остается все также актуальной. В структуре заболеваний полости носа, он является одним из распространенных, встречается в любом возрасте и поражает до 30% работоспособного населения. В основе патогенеза сосудистого ринита лежит общая и местная вегетативная дисфункция, проявляющаяся вазомоторной дистонией, нарушением кровообращения, капиллярной проницаемости, что приводит к стойкой вазодилатации сосудов и отеку нижних носовых раковин. Такие больные вынуждены регулярно пользоваться местными адреномиметиками, что нарушает функции слизистой оболочки полости носа и вызывает развитие медикаментозного насморка. Также к причинам развития ВР относятся аномалии полости носа: искривления, шипы, гребни перегородки носа, аденоиды. К гиперреактивности слизистой оболочки носа, кроме аллергического воспаления, могут привести воспаление крылонебного узла, эндокринная патология, приём противозачаточных таблеток, гипотензивных средств и др.

Существует множество методов консервативного и хирургического лечения ВР. Прошло время радикальных операций с тотальной конхотомией нижних носовых раковин, аппликационной криодеструкции, гальванокаустики, диатермокоагуляции их слизистой оболочки. Отдается предпочтение малоинвазивным функциональным подслизистым вмешательствам на раковинах. Они позволяют сохранить мукоцилиарный клиренс полости носа и восстановить дыхательную функцию. С этой целью используют различные физические методы: УЗД, криовоздействие, лазерная коагуляция. Из хирургических – вазотомия, подслизистая остеоконхотомия, шейверная вазодеструкция нижних носовых раковин.

Все эти способы имеют свои преимущества и недостатки. У нас в клинике для коррек-

ции объёма нижних носовых раковин, в течение 10 лет, используется аппарат CelonENT (Германия), который предназначен для биполярной радиочастотной термотерапии в оториноларингологии.

Преимущества используемого метода состоит в следующем: оптимальная коагуляция - без кровотечения, что позволяет не производить тампонаду по окончании операции; интерстициальная форма терапии – эпителий носовых раковин остается интактным, автоматическое определение зоны коагуляции; биполярные электроды – нет разряда электрода на пациента; максимальный комфорт для пациента – быстрая процедура: 10-15 с. Всё это позволяет производить этот вид вмешательства в амбулаторных условиях.

Под нашим наблюдением находилось 825 больных вазомоторным ринитом обоего пола, в возрасте от 18 до 52 лет, из них у 550 – ВР был сопряжен с искривлением перегородки носа.

Больным с деформацией перегородки носа производилась септопластика, после этого – подслизистая радиочастотная термоабляция нижних носовых раковин биполярным электродом CelonProBreath, мощность от 13 до 15 Вт в условиях стационара.

При ВР без искривления перегородки носа вмешательство производилось амбулаторно. Пациенты не нуждались в тампонаде и отпускались домой.

При ВР, без деформации перегородки, носовое дыхание восстанавливалось в среднем, через 7-10 дней. У больных перенесших септопластику и радиочастотную термоабляцию нижних носовых раковин – через 10-14 дней. При наблюдении больных в отдаленные сроки – от 1 до 3 лет, после проведенного лечения, стойкий эффект наблюдался практически у всех пациентов.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что использование аппарата CelonENT для лечения больных с нейровегета-

тивной формой ВР является перспективным методом терапии, вследствие его малоинвазивно-

сти, отсутствия кровотечения и стойкости клинического эффекта.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2016

М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ПРИНЦИПЫ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Полипозный риносинусит является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний ЛОР-органов. В этиопатогенезе данной патологии ведущую роль играют следующие факторы:

1. Хроническое инфицирование слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и аномалии развития остиомеатального комплекса приводят к развитию полипозно-гнойной формы синусита.

2. Иммуно-метаболические нарушения, возникающие вследствие аутоаллергии к слизистой оболочке полости носа и ОНП, способствуют развитию диффузного полипоза. Нередко такой полипоз сочетается с бронхиальной астмой и непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов, что свидетельствует о едином механизме развития этих заболеваний.

3. Грибковое поражение слизистой оболочки ПНС вызывающее аллергическую эозинофильную реакцию с последующей полипозной гиперплазией. Помимо распространенного полипоза такой процесс характеризуется наличием большого количества вязкого отделяемого и деструкцией костных структур.

4. Различные аэродинамические нарушения, связанные с патологическим строением внутриносовых структур (шипы, гребни перегородки носа, вазомоторный ринит и др.) приводят к развитию антрохоанальных полипов.

5. Врожденная недостаточность мукоцилиарной транспортной системы также сопровождается развитием полипозных процессов.

В нашей клинике осуществляется дифференцированный подход к лечению больных полипозным риносинуситом в зависимости от этиопатогенеза заболевания. Хирургические вмешательства проводятся под эндоскопическим контролем с использованием дебридера с соблюдением концепции функциональной синус-хирургии.

При гнойно-полипозной форме синусита мы проводим полипотомию с экономной резек-

цией клеток решетчатой кости, ревизией лобного кармана, соустьев с верхнечелюстной и основной пазухой, создавая адекватные пути оттока патологического отделяемого из пазух и их аэрации. В послеоперационном периоде для промывания синусов используем антибактериальные средства с учетом чувствительности патогенной микрофлоры.

При распространенных полипозных синуситах, производим полипосинусотомию, задача, которых состоит в восстановлении носового дыхания и создании условий для проникновения лекарственных средств в ОНП в послеоперационном периоде. С целью предупреждения рецидива полипоза проводим курс терапии с применением топических кортикостероидов, антигистаминных и антилейкотриеновых препаратов.

При лечении грибковых аллергических синуситов в послеоперационном периоде используем системные и топические кортикостероиды, препараты с антимикотической активностью и муколитики для промывания полости носа и ОНП методом перемещения – мирамистин, бетрадин, октинисепт. Для улучшения трофики тканей и репаративных процессов также используем лазерное излучение красного диапазона, обладающее и гипосенсибилизирующим действием.

При аэродинамических нарушениях в полости носа, после удаления антрохоанального полипа и его кистозной части, восстанавливаем её нормальную архитектуру – производим корригирующие операции на перегородке носа и носовых раковинах.

Проводя дифференцированный подход в лечении полипозного риносинусита с использованием в послеоперационном периоде этиотропных медикаментозных средств и физиотерапевтических методов воздействия, нам в большинстве случаев удаётся удлинить периоды между рецидивами при сочетанной патологии или же, при локальном процессе – достичь стойкой ремиссии.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2016