

ՄԱՅՐԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ԽՅԱՆՈՂ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՆԱԶՈՒՄԸ ԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Խցանող էնդարտերիտի, աթերոսկլերոզի, թրոմբանդիտի ճանաչման և տարբերակիչ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է ուսումնասիրել հիվանդների գանգատները, հետազոտության օբյեկտիվ տվյալները և կատարել լրացուցիչ քննություններ՝ ուսումնասիրել արյան կարմիր գնդիկների վիճակը հիվանդ ծայրանդամի զարկերակային և երակային արյան մեջ, արյան մածուցիկությունը, կառեխումներինների և ֆոսֆոլիպիդների վիճակը, մաշկի ջերմությունը, ծայրանդամի զարկերակային ճնշումը, օսցիլոգրաֆիայի, ռեոմիոգրաֆիայի, ռենտգենյան քննությունների տվյալները:

I. K. GEVORKIAN

RECOGNITION AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OBLITERATING DISEASES OF ARTERIES OF THE EXTREMITIES

The analysis of the main symptoms of obliterating endarteritis, atherosclerosis and thrombangitis is given in the article. The general methods of additional investigations are described, which allow to recognize the disease and carry out the correct treatment.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бабаян Э. Б. Тр. Ереван. мед. ин-та, 1960, XI, стр. 331.
2. Бариков В. С., Назаров Г. Д и Бербич В. И. Вестн. хирургии, 1982, 3, стр. 71.
3. Геворкян И. Х. Тр. Ереван. мед. института, 1959, X, стр. 213.
4. Геворкян И. Х. В кн.: Вопр. кардиол., т. 4. Ереван, 1962, стр. 85.
5. Геворкян И. Х. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1966, т. VI, 1, стр. 74.
6. Геворкян И. Х., Ахвердян Р. А., Каспарян Р. М. Клин. хир., 1970, 11, стр. 46.
7. Геворкян И. Х. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1973, т. XIII, 3, стр. 53.
8. Геворкян И. Х. Тр. Ереван. мед. института, 1974, т. XVI, 2, стр. 163.
9. Геворкян И. Х., Манукян Г. Скорость кровотока при патологии сосудов конечностей. Ереван, 1976.
10. Геворкян И. Х. Облитерирующая ангиодистрофия конечностей. Ереван, 1978.
11. Геворкян И. Х., Карагезян К. Г., Ахвердян Р. А. и др. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1979, т. XIX, 4, стр. 48.

УДК 617.515—002.2

Б. И. ДУНАЙВИЦЕР, С. М. АВАКЯН

ЩАДЯЩАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЛОБНЫХ ПАЗУХ¹

Для лечения хронических воспалительных процессов лобных пазух применялся метод щадящей фронтотомии с последующим дренированием пазухи полиэтиленовой трубкой. Отдаленные результаты лечения оказались хорошими.

¹ Доложено на заседании научного общества оториноларингологов Арм. ССР 30/XI—1981 г.

С тех пор как в клинической практике стали применяться высокоэффективные антибактериальные препараты, изменилась лечебная тактика при воспалительных процессах лобной пазухи. Прежде всего это коснулось острых гнойных фронтитов. Применявшееся для этой цели зондирование [3, 5, 6, 12], трепанопункция и дренирование лобной пазухи [1, 4, 9, 10, 14, 16], а также щадящие фронтотомии [7, 11] с последующим ее промыванием антибиотиками давали хороший лечебный эффект, избавляли многих больных от ненужных хирургических воздействий.

Оперативные подходы, применяемые при хронических фронтитах, имели существенные недостатки. Они заключались в зарастании или значительном сужении созданного носо-лобного соустья. В связи с этим нередко наблюдались рецидивы заболевания. После операции в надбровной области оставался в косметическом отношении мало приятный рубец.

В связи с этим были сделаны попытки перенести методы лечения острых фронтитов и на хронические заболевания лобной пазухи. К сожалению, эти попытки оказались недостаточно результативными. Введение в пазуху зонда или канюли через естественный носо-лобный канал—дело сложное, так как даже в норме этот канал узок. При хронических воспалительных процессах он еще больше суживается. Трепанацию лобной пазухи при помощи ринотрепана через переднюю или орбитальную стенки и последующее введение металлической канюли, через которую в дальнейшем осуществляется промывание пазухи растворами антибиотиков, можно считать оправданной лишь при лечении гнойных фронтитов. Эта методика оказалась мало пригодной при хронических гнойно-полипозных, полипозных фронтитах и кистах лобной пазухи. Объясняется это тем, что наличие в пазухе полипов, кисты и других патологических образований рентгенологическими и другими методами диагностики трудно выявляется. Поэтому промывание антибиотиками без удаления патологически измененной слизистой, полипов оказывается неэффективным, болезненный процесс продолжается и после прекращения промывания пазухи, наступает рецидив.

С целью лечения и предупреждения рецидивов фронтита был предложен и метод тканевой облитерации лобной пазухи. Применялись ауто- и гомохрящ, жировая, костная, мышечная ткань и другие [2, 8, 13, 15], хотя результаты такого лечения оказались малоэффективными.

В связи с этим мы применяли щадящий способ лечения хронических фронтитов, который отличается малотравматичным подходом к пазухе и щадящим методом послеоперационного лечения.

Методика операции: под местной инфильтрационной анестезией 1% раствором новокаина производится разрез по внутреннему краю надбровной дуги длиной 1—1,5 см, мягкие ткани отсепаровываются от кости. В области ниже-внутренней стенки узким желобоватым долотом или фрезой вскрывается фронтальная пазуха, трепанационное отверстие расширяется до размеров 1×0,5 см (1×0,8 см) с тем, чтобы стал возможным осмотр ее стенок. Удаляются патологические образо-

вания (полипы, гнойный экссудат, стенки кисты), путем нагнетания под давлением физиологического раствора проверяется проходимость лобно-носового канала. Если канал непроходим, производят ревизию его лобного отверстия. Часто оно бывает закрытым полипом. Важно восстановить проходимость канала путем удаления этих образований, но слизистая оболочка этого участка должна щадиться для предупреждения рубцового сужения канала. После промывания пазухи раствором антибиотика в нее вставляется полиэтиленовая трубочка диаметром 1,5—2 мм, которая фиксируется к коже внутреннего угла раны одним шелковым швом и укладывается вдоль боковой стенки наружного носа. Рана ушивается наглухо, накладывается стерильная повязка в виде валика из марли. Со второго дня после операции пазуха промывается концентрированным раствором антибиотика (20—30 тыс. ед. в 1 мл). Швы снимают на 7-й день. Промывание пазухи продолжают 12—14 дней, иногда дольше. Проводится бактериологический контроль промывных вод.

По этой методике в течение 1979—1981 гг. проводилось лечение 30 больных хроническими фронтитами. Мужчин было 21, женщин—9 в возрасте от 18 до 60 лет. Хронический гнойный фронтит установлен у 10, гнойно-полипозный—у 19 и кисточное поражение лобной пазухи—у одного больного. Изолированное поражение лобных пазух установлено у 23, сочетание фронтита с этмоидитом и гайморитом—у 7 больных. Давность заболевания: до 1 года—у 4, от 2 до 5 лет—у 18, от 6 до 10 лет—у 5, больше 10 лет—у 3 больных.

У 20 больных проведено бактериологическое исследование гнойного экссудата. Это исследование выявило наличие патогенного стафилококка у 8, стрептококка и стафилококка—у 2, стрептококка—у 2, дрожжевых грибов—у 2, кишечной палочки—у 2 больных. Экссудат оказался стерильным у 4 больных. 18 больным, наряду с промыванием пазухи антибиотиками широкого спектра действия (канамицин, мономицин, гентамицин, стрептомицин и др.), применялась эмульсия гидрокортизона. При наличии густого гнойного экссудата в пазуху вводился раствор химотрипсина или трипсина.

Из 30 у 12 больных лобно-носовой канал оказался непроходим, однако после применения перечисленных лекарственных средств у подавляющего большинства проходимость канала восстановилась. У 3 больных он стал проходим после второго промывания пазухи, у 3—после третьего, у 2—после четвертого, у 1—после пятого, у 1—после восьмого промывания. У двух больных после операции восстановить проходимость лобно-носового канала не удалось.

Эффективность лечения прослежена в отдаленном периоде (от 1 до 3 лет) у 28 больных, хорошие результаты установлены у 26. У двух больных через 6 месяцев после перенесенного гриппа наступил рецидив. У одного из них лобно-носовой канал оказался проходим. После нескольких повторных промываний пазухи через трепанационное отверстие при помощи инъекционной иглы с введением в полость антибиотика воспалительные явления прошли, и больной выписан в хорошем состоянии. У другого больного лобно-носовой канал оказался об-

литерированным, промывание пазухи через трепанационное отверстие оказалось неэффективным, в связи с чем ему произведена расширенная фронтотомия по Белоголовову.

Среднее пребывание одного больного в стационаре по поводу хронического фронтита составляет 22—25 дней, а с осложненными фронтитами (абсцессы орбиты, остеомиелиты лобной кости)—40—45 дней.

Преимущества применяемого нами щадящего метода лечения хронических воспалительных процессов лобных пазух перед классическими заключается в следующем. Достигается щадящее отношение к тканям лица, что обеспечивает хороший косметический эффект; сохраняются костные структуры лобно-носового массива; достигается высокий процент излечений; значительно сокращается количество дней пребывания больного в стационаре, чем достигается определенный экономический эффект.

Кафедра оториноларингологии ЕРГИДУВа

Поступила 11/I 1982 г.

Բ. Ի. ԴՈՒՆԱՅՎԻՑՎԵՐ, Ս. Մ. ԱՎԱԿՅԱՆ

ՀԱԿԱՏԱՅԻՆ ԽՈՌՈՉՆԵՐԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐԻ ԽՆԱՅՈՂԱԿԱՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆԸ

Խնայողական ֆրոնտոտոմիայի արդյունավետությունն ուսումնասիրելու նպատակով հետազոտվել են երեսուն հիվանդներ: Բոլորի մոտ կատարվել են խնայողական ֆրոնտոտոմիա և ճակատային խոռոչի դրենավորում: Զակատային խոռոչը լվացվել է հակասեպտիկ դեղամիջոցների և հակաբիոտիկների լուծույթներով: Բուժման հեռակա արդյունքները գրահայտվել են:

B. I. DUNAYVICER, S. M. AVAKIAN

SPARING SURGERY IN CHRONIC PATHOLOGICAL PROCESSES OF THE FRONTAL SINUSES

For the treatment of inflammatory processes of the frontal sinuses the method of sparing frontomy has been used with following drainage of the sinus by a polyethylene tube. The remote results of the treatment are positive.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антонюк М. Р. ВОРЛ, 1958, 6, стр. 67.
2. Батюнин И. Т. ВОРЛ, 1973, 6, стр. 19.
3. Дайняк Л. Б., Мальцев А. Г. ВОРЛ, 1974, 4, стр. 34.
4. Карал-Оглы Р. Д. ЖУНГБ, 1968, 3, стр. 51.
5. Косякова Э. И. ВОРЛ, 1980, 1, стр. 47.
6. Ландсберг Е. А. ВОРЛ, 1966, 2, стр. 54.
7. Лихачев А. Г. Руководство по оториноларингологии, т. 4. М., 1963, стр. 75.
8. Меланьин В. Д., Нестеренко А. В. ВОРЛ, 1976, 1, стр. 73.
9. Потапов И. И. В сб.: Избранные вопросы клинической оториноларингологии. М., 1959, стр. 107.
10. Резник И. Е. ЖУНГБ, 1980, 6, стр. 52.
11. Хохлов А. В. ВОРЛ, 1953, 5, стр. 44.

12. Шевыркин Б. В. ЖУНГБ, 1972, 1, стр. 36.
13. Alfsdy J. Nals-Nasen-Ohrenheil., 1965, 13, 10, 330.
14. Beck K. Archivf. Ohren, Nasen u. Kehlkopfheilkunde, 1936, 142, 3, 205.
15. Hardy J., Montgomery W. Ann. Otolaryng., 1976, 85, 4, 523.
16. Lemoine J. Ann. Otolaryng., 1974, 91, 1/2, 5.

УДК 616—004

В. Ж. ДАРБИНЯН

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Поставлены две основные задачи: проанализировать данные анамнеза больных в отношении перенесенных инфекций, оперативных вмешательств, родовых, ожоговых и других травмирующих факторов с определением их значимости в качестве возможных факторов риска РС; выявить возраст наибольшей ранимости этими факторами.

Рассеянный склероз (РС) рассматривается большинством исследователей как иммунологическое (инфекционно-аллергическое) заболевание, развивающееся после длительной персистенции вируса [4—6]. Предполагается, что клиническая манифестация РС может проявиться несколько лет спустя после начала болезни [3, 8]. Этот момент существенен для понимания роли миграционных процессов населения в гипотетическом «заносе РС» из зон с высокой распространенностью заболевания в зоны с низкой его частотой. Ранее уже было показано, что лица, эмигрировавшие из зоны высокого риска возникновения РС в зону низкого риска после достижения 15-летнего возраста, заболевают чаще, чем коренное население, следовательно, патогенные агенты, вызывающие (или провоцирующие) РС, воздействуют на организм в пубертатном периоде [5—7].

В настоящей работе были поставлены задачи: 1) проанализировать некоторые данные анамнеза больных РС и попытаться определить их значимость в качестве возможных факторов риска РС; 2) выявить возраст наибольшей ранимости этими факторами.

Исследование проведено в Армении, относящейся к зонам с низкой частотой заболевания [1]. В карты эпидемиологического обследования заносилась следующая информация, полученная от больных и их ближайших родственников: заболевания и причины смерти родителей и сибсов пробанда, инфекционные и аллергические заболевания, оперативные вмешательства, травмы, ожоги, родовые травмы, контакты с животными. Данные уточнялись родственниками, в противном случае карты исключались из анализа.

Группа больных состояла из 68 человек (38 мужчин и 30 женщин) с несомненным РС согласно диагностическим критериям, предложенным Институтом неврологии АМН СССР [2]. Контроль осуществлялся методом подбора валидизированных пар [3], для чего из 102 контрольных эпидемиологических карт, заполненных практически здоровыми лицами, отобраны 68. Больные и контрольные лица классифици-