разования визуализируются в области среднего носового хода. В общей популяции данное состояние встречается у 0,2—4% больных. До 15% пациентов с астмой имеют полипоз носа и около 45% с полипозом носа страдают бронхиальной астмой. Хирургические вмешательства, которые обычно выполняются при полипозе носа, разнообразны: от обычной полипэктомии с эндоскопическим вскрытием околоносовых пазух до радикальной операции с удалением средней носовой раковины. В статье приводится сравнительный анализ различных хирургических вмешательств при хроническом полипозном риносинусите, оцениваются эффективность каждого из них, показания, возможные осложнения, реабилитационный период, стоимость вмешательства.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

HYALURONAN IN THE TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPOSIS

E. Cassandro, G. Chiarella, M. Cavaliere, G. Sequino, C. Cassandro, S. Prasad C, A. Scarpa, M. Iemma

Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2015;67(3):299—307 (англ. — Италия)

Хронический риносинусит (ХРС) — нередкое заболевание, встречающееся у 16% взрослого населения США и у 10,9% населения Европы. Гиалуронан (ГА) — несульфатный гликозаминогликан, обнаруживаемый в межклеточном пространстве соединительной ткани, играющий важную роль в процессах заживления слизистой оболочки. Авторы статьи исследовали влияние ГА на течение и клинические проявления хронического полипозного риносинусита у больных, которым не выполнялось хирургическое лечение. 80 человек старше 18 лет были объединены в 4 группы: получавшие ингаляции с физиологическим раствором (контрольная); получавшие кортикостероидный интраназальный спрей; получавшие через небулайзер содиум гиалуронат (NHA, YABRO); получавшие и кортикостероиды интраназально и гиалуронат. Результаты лечения оценивали в течение 1-го месяца, 3-го месяца и через 3 мес после лечения. По клиническим данным, эндоскопическим, радиологическим, риноманометрическим и данным сахаринового теста отметили значительное улучшение всех показателей у пациентов трех групп через 1 мес и через 3 мес (по сравнению с контрольной группой) ($p \leqslant 0{,}005$). При дополнительном назначении перорально кортикостероидов в течение 3 мес во всех трех группах также отметили значительное улучшение всех показателей. При этом побочные эффекты во всех группах больных были практически одинаковы, однако в группе больных, получавших ГА, таких побочных эффектов, как реактивный фарингит, носовая геморрагия, сухость и раздражение в носу, не отмечено. В связи с этим авторы заключают, что применение гиалуроната в виде ингаляций позволяет значительно улучшить состояние пациентов с полипозным хроническим риносинуситом, которые лечатся консервативно.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ТРАНССЕПТАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ЛОБНОЙ ПАЗУХЕ ПРИ ФРОНТИТЕ

ENDOSCOPIC TRANSSEPTAL APPROACH TO FRONTAL SINUS DISEASE

S. Nishiike, S. Yoda, T. Shikina, J. Murata

Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2015;67(3):287—291 (англ. — Япония)

За период с мая 2004 г. по июль 2010 г. 16 пациентам было произведено эндоскопическое вскрытие лобной пазухи модифицированным транссептальным доступом по Лотропу (МТЛ). Показаниями к такому доступу являются осложненный острый фронтит или киста лобной пазухи, повторные операции на лобной пазухе, травматический фронтит. Первым этапом такого подхода является формирование окна с обеих сторон в передних отделах средней носовой раковины и перегородки носа. Перегородка носа, которую можно обозревать через это сформированное окно, является обозначающей середину границей в течение всей операции. Сверло бормашины продвигается вверх позади носовой кости вдоль срединной линии носа. После визуализации лобной пазухи с обеих сторон и ее задней стенки удаляется межпазушная перегородка. Авторы фиксировали все этапы операции, прооперировав таким образом 16 человек. Ни внутричерепных, ни орбитальных осложнений не было зафиксировано ни в одном случае. Авторы рекомендуют этот подход для эндоскопического вскрытия лобной пазухи.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕПТОПЛАСТИКА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 415 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

ENDOSCOPIC SEPTOPLASTY: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 415 CASES

S.V. Kulkarni, V.P. Kulkarni, K. Burse, M. Bharath, C. Bharadwaj, V. Sancheti

Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2015;67(3):248—254 (англ. — Индия)

Затруднение носового дыхания — наиболее частая жалоба при заболеваниях носа и околоносовых пазух. Нередко причиной этого состояния является искривление перегородки носа. Адекватным лечением является хирургическое вмешательство — септопластика. В последние два десятилетия возможности функциональной эндоскопической ринохирургии значительно расширились. Среди выполняемых эндоскопических вмешательств септопластика находится на третьем месте по частоте. Эндоскопическая септопластика позволяет минимизировать травматическое повреждение слизистой оболочки носа при хорошей визуализации и возможности удаления искривленных участков, особенно при локальных девиациях носовой перегородки. В статье приводятся результаты ретроспективного анализа группы пациентов, состоящей из 415 человек, которым была выполнена эндоскопическая септопластика. Наибольшее число больных приходилось на 20—39-летнюю возрастную группу. Наиболее юному пациенту было 7 лет, самому старшему — 75 лет. Средний возраст составил 32 года. 7-Летний пациент был прооперирован в связи с наследственными особенностями лицевого скелета и выраженным затруднением носового дыхания, септопластика в этой ситуации явилась адекватным хирургическим вмешательством. Мужчины составили 256 (67,5%) человек, женщины — 115 (32,5%). Среди всех пациентов наиболее частым вмешательством явилась септопластика — 260 (62,6%) пациентов, эндоскопическое вскрытие ОНП и септопластика — 38 (9,2%) пациентов, риносептопластика — 41 (9,9%) больной; другие вмешательства в полости носа и септопластика — 78 (18,3%) больных. Авторы статьи рекомендуют данные хирургические манипуляции при различных видах девиации носовой перегородки. Сообщают о редких осложнениях, в частности таких как зубная боль, парестезии, перфорация перегородки носа, деформация носа и сохраняющаяся девиация.

Перевод подготовили проф. ***И.В. Иванец***, ***И.С. Иванец***