

2. Андрейченко О.А., Рабухина Н.А., Ипполитов В.П. Рентгенологическое исследование полости носа и придаточных пазух у больных с тяжелыми врожденными черепно-лицевыми деформациями // Рос. стоматологический журнал.-2004.-№5.-С.26-31.
3. Безруков В.М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций средней зоны лицевого скелета: Автореф. дис. д-ра мед.наук. –М., 1981.-32 с.
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Т. 2. - М.: Медицина, 2000.-487 с.
5. Водолацкий В.М. Лечение детей с сочетанной деформацией челюстных костей // Рос.стоматологический журнал.-2007.-№5.-С.31.
6. Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук. – М., 1987.-42 с.
7. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Патогенез врожденных и вторичных деформаций среднего отдела лица у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба и их коррекция первичной хейло-рино-гнатопластикой // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – М.: МГМСУ, 2002. – С. 76–79.
8. Каламкарров Х.А. Клинико-морфологическая классификация и диагностика зубочелюстных деформаций // Стоматология.-1972.-№2.-С.81-84.
9. Карюк Ю.А., Боронджиян Т.С. Зонография в диагностике патологии верхнечелюстных и лобных пазух // Вестник оториноларингологии. –2005.-№2.-С.28-30.
10. Махсудов С.Н., Нусратуллаев З.С., Алимова Р.Г. Новый ортодонтический аппарат для коррекции носовых верхнечелюстного комплекса при верхней микро- и ретрогнатии // Stomatologiya.-2008.-№1-2.-С.68-70.
11. Оганесян С.С. Хирургия риносколиоза: Автореф.дис.... д-ра мед.наук. – С-Пб, 2009.-49 с.
12. Степина С.В., Зернов А.В. Планирование ортодонтического лечения больных с одно- и двусторонними врожденными полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка в период активного роста // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2005.-№1-2.-С.
13. Сукачев В.А. Атлас реконструктивных операций на челюстях. - М. - 1984. - С. 7-10.
14. Фаттахова Я.А., Абдуазимов А.Д. Анте- и постнатальные факторы, приводящие к развитию прогении // Stomatologiya. - 2008.-№1-2.-С.71-74.
15. Ходжаева К.А., Якубов Р.К., Шарипова А.У. Оценка состояния уха, горла и носа у детей с деформациями челюстей // Stomatologiya.-2005.-№1-2.-С.24-25.
16. Arnett G.W., Bergman R.T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. // Amer. J. Orthod.Dental ortop-1993. Vol. 103(№4). p. 395-410.
17. Bouwmon J.P.B., Husak T., Putnam G.M. Serew fixation following dilatal sagittal ramud osteotomy for mandibular advancement - complications in 700 consecutine cuses // Br.J.Oral Mex. Surg.–1995. – Vol.33. – P. 231-234.
18. Cunningham S.J., Hunt N.P., Feinman C. Perception of outcome following orthognatic surgery // Br.J. Oral MaxiMofac. Surg.- 1996. - Vol. 34, N3. - P. 210-213.
19. Obwegesser P.J., Marentette L.J. Profile planning based on alterations in the posinions of the bases of the facial thirds //J. Oral Maxillofac. Surg. - 1986. - Vol.44 (№4).- P.302-311.

Хатамов Ж.А.,
 Карабаев Х.Э.,
 Кодиров О.Н.,
 Хатамова Н.О.,
 Нурмухамедов Ф.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Аллергическим ринитом признано называть заболевание, ежедневно сопровождающееся хотя бы двумя из перечисленных симптомов: выделения из носа, заложенность, чихание и шекотание в носу.

В последнее время распространенность аллергических ринитов постоянно растет. Страдает аллергическим ринитом от 10 до 25 % населения земного шара (Пыцкий В.И., Адрианова Н.В. 1991, Забиров Р.А. и соавт. 2000, Лопатин А.С. и соавт. 2000). По данным отечественных ученых аллергический ринит в Узбекистане наблюдается у 32,7% всех больных с аллергическими заболеваниями (Алиев В.Ш., Хасанов С.А. 2005, 2008, Курбанов Э.Х., Насретдинов Т.Х. 2005). У многих больных наблюдаются симптомы бронхиальной астмы. В легких случаях аллергический ринит создает лишь небольшие неудобства, в тяжелых – приводит к потере трудоспособ-

ности. Он может осложниться головной болью, утомляемостью и нарушением концентрации внимания. Эти симптомы могут утомлять и раздражать, отрицательно влияя на общее здоровье больного.

По данным многих авторов выросла этиологическая роль грибковой флоры и сделан вывод, что грибки являются одним из важнейших ингалируемых аллергенов. В верхних дыхательных путях встречаются в основном грибы рода *Candida*, чаще всего *C.albicans* и грибы рода *Aspergillus*, *Penicillium* (Кунельская В.Я., Мачулин А.И. 2008).

Аллергический ринит обусловлен повышением Ig E и относится к аллергическим реакциям I-типа по классификации Желла и Кумбса. Проявление реакции гиперчувствительности немедленного типа включает в себя зуд, чихание и водянистые выделения из носа, которые развиваются в результате Ig E зависимой дегрануляции тучных клеток в слизистой оболочке полости носа (Плужников М.С., Лавренова Г.В.2008).

Целью настоящей работы – является изучение клинического течения и эффективности комплексного лечения аллергических ринитов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в последние три года находились 20 больных с аллергическим ринитом. Из них 12 мужчин, 8 женщин в возрасте от 15 до 50 лет.

Диагноз устанавливался на основании анамнеза, объективных данных, передней риноскопии, эндоскопического исследования полости носа, а также рентгенографии, компьютерной томографии околоносовых пазух и лабораторного исследования крови. Наряду с этим проводилось исследование функционального состояния слизистой оболочки носа, цитологическое исследование мазков-отпечатков с ее поверхности и бактериологическое исследование мазков из полости носа и носоглотки.

Из анамнеза выявлено что основное количество больных страдали сезонной аллергией. При эндоскопическом исследовании носа выявлено искривление носовой перегородки у 14 больных, гипертрофия носоглоточной миндалины у 2, катаральный риносинусит у 4 больных. В периферической крови и в составе слизистого выделения из носа отмечено увеличение количества эозинофилов. При бактериологическом исследовании мазков из полости носа и носоглотки выявлены грибы рода *Candida* у 9, грибы рода *Aspergillus* у 3 больных

В комплексное лечение аллергических ринитов включены элиминационная терапия, иммунотерапия, гипосенсибилизирующая, местная терапия, физиотерапия и хирургическое вмешательство.

Задача элиминационной терапии состояла в устранении аллергенов и в контроле за состоянием окружающей среды. Эти меры уменьшают симптомы и развитие воспалительных реакций. С этой целью успешно применялся Маример в виде аэрозоля, содержащий стерильный изотонический раствор морской воды. Препарат применяли по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день.

Иммунотерапия проводилась препаратом рибомунил, который стимулирует гуморальный и клеточный иммунитет и факторы неспецифической резистентности организма. Препарат назначали по 3 таблетки утром натощак 1 раз в день. В первые 3 недели принимать ежедневно, первые 4 дня каждой недели. Этот метод лечения вызывает повышение содержания в крови специфических Ig E блокирующих антител, уменьшает выраженность кожных аллергических тестов и клеточной реактивности.

Наибольшее значение в настоящее время имеет медикаментозная терапия аллергического ринита. Антигистаминные препараты остаются важной группой фармакологических препаратов при лечении ринита. Они значительно эффективнее при постоянном приеме поскольку в этом случае, рецепторы заблокированы, уже до того, как выделился гистамин. Наиболее часто встречающийся побочный эффект – седативный. Однако, при назначении таких новых антигистаминных препаратов, как лораталин, ломилан снотворное действие снижено до минимума.

Кроме антигистаминных препаратов при лечении аллергических ринитов успешно применялся противогрибковый препарат флузамед 50 мг по 1 таблетки 1 раз в день, в течении 7 дней.

При лечении аллергического ринита современные местные глюкокортикоиды обладают очень высокой терапевтической эффективностью. При лечении мы использовали носовые капли нозейлин. Нозейлин выпускается в виде водной суспензии для интраназального применения. Нозейлин оказывает выраженное противовоспалительное и противоаллергическое дейст-

вие, устраняет отек, гиперемию. Эффект развивается в течении 1-2 недели применения препарата. Рекомендуемая доза по 2 – 3 капли в каждый носовой ход 3 раза в день.

Также проводилась физиотерапия в виде эндоназального электрофореза с гидрокортизоном или низкоинтенсивная лазеротерапия в течении 10 дней.

Хирургическое лечение проводилось у 14 больных с искривлением перегородки носа. Выполнялась операция подслизистой резекции носовой перегородки с вазотомией нижних носовых раковин. Операция аденотомия проведена 2 больным. У 4 больных с катаральным риносинуситом проведено противовоспалительное лечение.

Результаты и их обсуждение. Оценка эффективности лечения больных аллергическим ринитом проводилась на 7-й, 14-й день и через месяц после лечения по данным общеклинического обследования и функциональных методов. Оценивались основные клинические симптомы аллергического ринита, а именно заложенность носа, длительный кашель, выделения из носа, храп и гнусавость.

Выраженный положительный эффект отмечен нами у больных при комплексном лечении аллергического ринита. Проведенное лечение аллергического ринита привело к более быстрому и заметному ослаблению симптомов исследуемого заболевания в течение недели. Субъективно все пациенты отмечали улучшение носового дыхания, снижение интенсивности кашля, существенно уменьшилось чихание, зуд, назальные выделения. При этом важно отметить, что индивидуальная непереносимость применяемых препаратов, в частности Маримера, не в одном случае не было отмечено.

На фоне комплексной терапии в течение недели у больных отмечалось улучшение общего состояния, восстановление работоспособности, купирование общих признаков заболевания. При эндоскопии полости носа значительно уменьшился или полностью купировался отек слизистой оболочки полости носа, носовые раковины уменьшились в объеме, увеличился просвет носовых ходов, отделяемое в них отсутствовало или было скудным.

В периферической крови и в составе слизистого выделения из носа отмечено снижение количества эозинофилов до нормальных показателей. При бактериологическом исследовании мазков из полости носа и носоглотки грибы рода *Candida* и *Aspergillus* не в одном случае не были выявлены.

Положительная динамика в клиническом состоянии больных после лечения, сопровождалась улучшением показателей функционального состояния слизистой оболочки носа, дыхательной, обонятельной и транспортной функции.

Проводимые эндоскопические осмотры больных через месяц показали стойкий эффект, в виде исчезновения клинических симптомов. Выраженный положительный эффект получен у 72,6%, незначительный эффект у 23,7 % и у 3,7% больных лечение эффекта не дало.

Выводы:

Таким образом, лечение больных с аллергическим ринитом должно быть комплексным, включающим воздействие на основные этиопатогенетические механизмы заболевания. Наряду с лекарственной терапией, хирургическое вмешательство в полости носа у больных, страдающих аллергическим ринитом способствует устранению механических препятствий, улучшению носового дыхания и нормализации риноскопической картины.

В заключении можно констатировать, что рост аллергического ринита среди населения требует дальнейшего исследования его этиопатогенеза с целью профилактики и лечения данной патологии.

Литература

1. Алиев В.Ш. «Симптомы аллергических заболеваний кожи у лиц, страдающих постоянным аллергическим ринитом» Журнал стоматологии 2005; 1: 44-45.
2. Забиров Р.А., Хасанов Ш.Х. «Гипобаротерапия больных аллергическим ринитом». Вест. оторинолар. 2000; 6: 54-55.
2. Лопатин А.С., Сидоренко И.В. и др. «Эффективность назонекса в лечении аллергического ринита и хронического полипозного риносинусита» Вест. оторинолар. 2000; 4: 60-63.
3. Курбанов Э.Х., Насретдинов Т.Х. «Оценка эффективности вобэнзима при лечении аллергического ринита». Журнал стоматологии 2005; 1: 216-217.
4. Кунельская В.Я., Мачулин А.И. и др. «Лечение грибковых поражений верхних дыхательных путей». Вест. оторинолар. 2008; 2: 78-80.

5. Плужников М.С., Лавренова Г.В. и др. «Оснoвные принципы иммункорригирующей терапии в отоларингологии». Вест. отоларингол. 2008; 4: 38-44.

6. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В. и др. «Аллергические заболевания». Москва Медицина: 1991.

Summary

20 patients aged 15-50 years with allergic rhinitis have been studied. A complex study included collection of allergological anamnesis, objective data, endoscopic examination of the nasal cavity, cytological examination of smears-prints from its surface and nasopharynx. A complex treatment of allergic rhinitis with employment of eliminative, hyposensibilizing, immune, antimycotic, local therapy and performing operation for submucous resection of nasal septum with incision of vessels of inferior nasal conchae has been carried out. Marked favourable effect has been received in 72,6 %, insignificant effect in 23,7 % and 3,7 % of patients have not received any effect from treatment.

Джурабекова А.Т.,
Карабoев С.Ш.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Самаркандский Государственный медицинский институт

Глобализация экономических процессов, захватившая цивилизованный мир, не прошла мимо такого отрицательного фактора развития человечества, каким является травматизм. По данным различных авторов 30-60 % от общего травматизма приходится на особо тяжелые формы травм – черепно-мозговые травмы. Щедеркин Р.И. с соавт. (2007) отмечает, что практическое выздоровление или стойкая компенсация наблюдается приблизительно у 30 % лиц, перенесших ЧМТ. Сложный патогенез травматической болезни головного мозга определяется тем, что отдаленный период ЧМТ является периодом «покоя», и представляет динамический процесс, приводящий при неблагоприятных условиях к наступлению декомпенсации состояния больных (1, 3, 5).

Вопросы реабилитации являются в последние годы актуальным направлением здравоохранения Республики Узбекистан, так как неблагоприятные тенденции в показателях здоровья и в демографическом развитии, выдвигают реабилитацию больных на одно из важных стратегических направлений социальных институтов нашего общества (2, 5).

Клинические проявления последствий ЧМТ многообразны, различны варианты их течения, возможность проявления, как в раннем, так и в отдаленном периоде ЧМТ, предопределяет необходимость разработки технологии реабилитации этого контингента больных в зависимости от ведущего синдрома. Из неврологического синдрома комплекса последствий ЧМТ доминируют по литературным данным, генерализованные тревожные расстройства и являются ведущим неврологическим синдромом инвалидности. Последствиями, каких ЧМТ являются тревожные расстройства, формируется ли при этом нейроэндокринная недостаточность, формируются ли нарушения в психоэмоциональной сфере с последующей социальной дезадаптацией. Ответом на эти вопросы было целью нашей работы, изучить системные механизмы их формирования, методы их коррекции (1, 3, 4).

В нашем наблюдении проведена реабилитация 52 больных с умеренно-выраженным астено-депрессивным и тревожно-депрессивным синдромами. I группа 26 пациентов в раннем периоде ЧМТ; II группа 26 пациентов в отдаленном периоде, имевшие субъективную симптоматику в раннем периоде ЧМТ, но не получившие соответствующее лечение. Группы были рандомизированы по этиологическому фактору (легкая ЧМТ), возрасту (30 - 40 лет), отсутствию дефицитарных неврологических нарушений без значимых изменений в соматическом статусе. Исходные клинические данные исследуемых групп не имели достоверных различий, что свидетельствует о достаточной однородности и сравнимости по тяжести заболевания.

Больные при поступлении жаловались на головную боль различного характера и локализации; нарушение сна и бодрствования, в виде раннего пробуждения и сонливости днем; быструю утомляемость, чаще при эмоциональном возбуждении, вспыльчивость и раздражительность. Все больные предъявляли жалобы на снижение памяти, появление вязкости, замедленности и обстоятельности мышления, особенно когда требовалась умственная нагрузка. Также больные предъявляли жалобы на повышенную импульсивность и снижение настроения; снижение инициативы и жизненных интересов с уменьшением способности к самокритике дистан-