

и амблиопией получают общеоздоровительное лечение: в детских садах работают педиатр, физиотерапевт, логопед, психолог, массажист. Под наблюдением опытной медицинской сестры дети проходят курс закалывания в сауне, бассейне, спортивном зале, получают витаминизированные коктейли, массаж по показаниям.

Результаты лечения анализируются методом экспертной оценки.

Всего в 2002 году в специализированных группах детских садов пролечено 118 детей, из них с косоглазием – 74 ребенка, с аномалиями рефракции и амблиопией – 44 ребенка.

В результате лечебных мероприятий у всех детей значительно повысилась острота зрения амблиопичного глаза. Если до лечения с остротой зрения, ниже 0,1 были 12% детей, то после лечения – 3%. С остротой зрения 0,1 – 0,4 – было до лечения 62,2%, то после лечения осталось только 6,7% детей. С относительно хорошей остротой зрения до лечения было 25,8% детей, а после лечения, острота зрения 0,7 – 1,0 – достигнута у 83,5% детей. Конечной целью лечения содружественного косоглазия является ортофоричное положение глаз и выработка бинокулярного зрения. При аккомодационном косоглазии постоянное ношение очков и аппаратное лечение способствовали излечению косоглазия в 41,4% случаев.

Необходимость введения хирургического этапа в комплексном лечении возникает в случае неаккомодационного косоглазия, когда постоянное и достаточно длительное (не менее года) ношение правильно назначенных очков и ортоптические упражнения не приводят к устранению девиации. Неаккомодационное косоглазие путем оперативного лечения чаще устранялось в группах детей возраста 5 – 7 лет, реже в младшей возрастной группе – 3 – 4 года.

Всего в 2002 году в офтальмологическом отделении областной детской больницы с неаккомодационным косоглазием прооперировано 12 детей.

Необходимость лечения детей с косоглазием и амблиопией еще в дошкольном возрасте, диктуется тем, что в этом периоде лечение более эффективно и подтверждено хорошими показателями в специализированных группах детских садов.

Литература

1. Абрамов В.Т. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности. М. – 1993. – С. 259-288.
2. Аветисов Э.С. Охрана зрения детей. М. – 1975. – С. 178-188.
3. Методические рекомендации по организации лечения детей с косоглазием и амблиопией в специализированных дошкольных учреждениях. МЗ СССР. М. – 1978. – 28 с.

ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Иванов В.П.

кафедра хирургических болезней,
курс оториноларингологии медицинского факультета БелГУ

Ринит – одно из самых распространенных заболеваний человека. Существует множество форм ринита, которые с трудом укладываются в приемлемую классификацию. Одной из форм хронического ринита является вазомоторный ринит. По мнению большинства исследователей (3, 4, 7), хронический вазомоторный ринит включает в себя две фор-

мы – аллергическую и нейровегетативную. Если для аллергической формы обязательны аллергические реакции, сенсибилизация и аутоенсибилизация, то в нейровегетативную форму вкладывают все остальные возможные причины, которые вызывают изменения венозного тонуса полости носа.

Не аллергический («идиопатический») вазомоторный ринит характеризуется воспалением слизистой оболочки, которое не связано с аллергией и инфекцией, структурными изменениями или системными заболеваниями (13, 21). В этой идиопатической форме вазомоторного ринита в 82% выявлено превалирование парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (4, 17).

Составители международных рекомендаций по диагностике и лечению ринита советуют пользоваться термином «идиопатический» ринит, мотивируя это тем, что все формы ринитов сопровождаются в той или иной степени явлениями дисбаланса вегетативной иннервации кавернозной ткани носовых раковин и в целом предлагают пользоваться диагнозом «идиопатический вазомоторный ринит» или просто «вазомоторный ринит» (ВР) лишь в том случае, когда истинная причина вазомоторных явлений остается неизвестной. Т.е. когда говорят «вазомоторный ринит», то имеют в виду ведущий сосудистый фактор без явных признаков аллергии. В этиологии вазомоторных явлений большое значение имеют также аномалии строения полости носа, такие как шипы, гребни, искривление носовой перегородки, парадоксальный изгиб раковин, булла и др. С.В. Рыбалкин и соавторы (20) нашли вазомоторный ринит у 61,3% детей с деформацией носовой перегородки, а Л.Г. Сватко и соавторы (19) отметили сочетание гипертрофической стадии вазомоторного ринита у больных с искривлением носовой перегородки в 27-81% случаев.

Симптоматика ВР основывается на жалобах больного на чихание, водянистые выделения и заложенность носа, чаще всего попеременную, тяжесть в области лба (3, 7). Перечисленные симптомы появляются под воздействием раздражающих веществ, изменении температуры окружающей среды, вдыхании сухого холодного воздуха

или приема острой пищи. Иногда причину трудно установить. Эти симптомы существенно снижают качество жизни больного: нарушается концентрация внимания, беспокоит головная боль, ухудшается сон, снижается трудоспособность и эмоциональное благополучие.

В большинстве случаев затраты на лечение ВР невелики и госпитализация не требуется (18). Тем не менее для жителей сельской местности, отдаленных районов она необходима.

Более 50 лет проблема лечения ВР занимает умы оториноларингологов. За это время предложена масса методик. Консервативные методы основаны на блокаде рефлексов, стимуляции симпатической нервной системы (12, 17), снижении проницаемости сосудистой стенки путем фонофореза лекарственных веществ (11), склерозировании тканей путем инъекций кортизона (1), применении траумель-С (10), димефосфона (19) и др. Все консервативные методы в основном носят временный эффект, а времени на лечение занимают не меньше, чем хирургические и полухирургические методы. Такие вмешательства как гальванокаустика, тотальные резекции носовых раковин, ушли в небытие, т.к. ведут к потере значительной части слизистой оболочки. В последние годы применяются щадящие методы: криотерапия (5), ультразвуковая дезинтеграция (15,2), подслизистая вазотомия (14), лазерная ринохирургия и лазеротерапия (16,6), подслизистая радиокоагуляция раковин (8,13) с более высокими и стойкими результатами.

В ЛОР-клинике БелГУ для лечения ВР применяются ультразвуковая дезинтеграция и хирургические методы: парциальные резекции раковин, подслизистая вазотомия, коррекция носовой перегородки с одновременной подслизистой вазотомией. Подслизистая вазотомия при лечении ВР применяется с 1984 года (14),

при этом происходит не только воздействие на сосуды пещеристых сплетений, но и на нервные структуры слизистой оболочки, т.к. в подслизистом слое нижних носовых раковин расположены вегетативные сплетения.

За три года в ЛОР-отделении пролечено 277 больных с ВР (см. таблицу).

Повторные обращения были в основном после УЗД и потребовали повтор-

ную УЗД или резекцию задних концов нижних раковин или коррекцию носовой перегородки.

Сообразуясь с данными литературы и собственным опытом, мы считаем, что хирургическое лечение ВР остается высокоэффективным методом, не требует затрат на дорогостоящее оборудование и доступно для врача любого ЛОР-отделения, в любом райцентре.

Таблица 1

Результаты лечения больных ВР по данным стационара

Вид операции \ Год	2000	2001	2002	Средняя продолжительность лечения	Стойкое улучшение носового дыхания в %
УЗД	18	22	10	5,7	85
Подслизистая вазотомия	17	20	41	7,8	91
Вазотомия и конхотомия	16	19	18	11,3	92
Резекция и вазотомия носовой перегородки	18	11	17	11,5	95

Литература

1. Брук А.М. О местном применении кортизона при лечении больных вазомоторным ринитом. // Вестник оториноларингологии – 1961 - №1, с. 15-16.

2. Винницкий М.Е. Отдаленные результаты лечения больных вазомоторным и гипертрофическим ринитом низкочастотным ультразвуковым зондом. Сборник трудов «Щадящие методы в оториноларингологии» выпуск XXII Москва 1976, с. 43-45.

3. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит. Москва – 1996.

4. Евстафьева Л.К. Патогенетическое лечение вазомоторного ринита. Авторефер. дисс. канд. мед. наук. Киев – 1988.

5. Загорянская М.Е. Криотерапия неспецифических воспалительных заболеваний по-

лости носа. Сб. трудов «Щадящие методы в оториноларингологии» выпуск XXII Москва 1976, с.36-40.

6. Князев А.Б., Лоцманов Ю.А. Лазеротерапия вазомоторного ринита. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи - 2001, с. 601-603.

7. Левин Л.П. К вопросу о некоторых диагностических признаках вазомоторных ринитов. ЖУНГБ, 1964 - №5, с. 53.

8. Лейзерман М.Г., Казаков О.М. Радиохирургический метод лечения в оториноларингологии. Новые методы диагностики и лечения в оториноларингологии. Материалы VIII научно-практической конференции оториноларингологов Москвы – 1998, с. 18-19.

9. Лопатин Б.С., Борзов Е.В., Лопатин С.Б. Оценка современных хирургических технологий и пути повышения их эффективности при

вазомоторном рините. Вестник оториноларингологии. Материалы Российской конференции оториноларингологов (19-20 ноября 2002г.). с. 233-234.

10. Лучихин Л.Н., Поляков Т.С. Траумель-С в лечении больных нейровегетативной формой вазомоторного ринита. Вестник оториноларингологии. Материалы Российской конференции оториноларингологов (19-20 ноября 2002г.), с.365-366.

11. Николаевская В.П., Захарова А.Ф. Щадящий метод лечения вазомоторного ринита у детей фонофорезом спленина. Сборник трудов «Щадящие методы в оториноларингологии». Вып. XXII Москва - 1976. с. 36-40.

12. Матвеева Е.В. Эффективность комплексного лечения вазомоторного ринита у детей. // Вестник оториноларинголога. 2003 - №1(4), с. 97-99.

13. Пискунов Г.З., Рябова С.В., Старосветский Б.В. Опыт применения подслизистой радиокоагуляции нижних носовых раковин. // Российская ринология 2000 - №1, с. 24-27.

14. Пискунов С.З. О хирургическом воздействии на сосуды слизистой оболочки носовых раковин (к 10-летию операции подслизистой вазотомии). // Вестник оториноларингологии - 1999, с. 40-43.

15. Полубудкин П.В. Дезинтеграция нижних носовых раковин ультразвуковым зондом в лечении хронического вазомоторного ринита. Сборник трудов «Щадящие методы в ото-

риноларингологии». Вып. XXI: Москва - 1976, с. 36-40.

16. Плужников М.С., Рябова М.А. Пути развития и перспективы лазерной хирургии в оториноларингологии. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи - 2001, С. 18-26.

17. Пухлик С.М. Вазомоторный ринит - роль вегетативной нервной системы в его патогенезе. Методы диагностики и лечения. // Российская ринология - 1999 №3, с. 23-29

18. Саркисова Ф.Р., Митина Т.А. Амбулаторная хирургия в оториноларингологии. // Вестник оториноларингологии - 2001 - №4, с. 36-38

19. Сватко Л.Г., Батыршин Р.У., Батыршин С.Б. Сравнительный анализ методов лечения вазомоторного ринита. // Вестник оториноларингологии. Материалы Российской конференции оториноларингологов (19-20 ноября 2002г.), с. 263-266

20. Рыбалкин С.В., Маелов Э.Ю., Фениксова Л.В. Вазомоторный ринит у детей с искривлением носовой перегородки. // Российская ринология - 2002 - №1(1), с. 101-102

21. Togias A.G. «Non-allergic rhinitis. In Migind N, Naclerio RM eds. Allergie and non-allergie rhinitis clinical aspects.» Copengagen. Mundsgaard. 1993; 159-166

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РОДДОМА г. БЕЛГОРОДА

Киселевич М.Ф.

(Медицинский колледж БелГУ – директор профессор Клепиков Э.Н.
Городской родильный дом г. Белгорода – гл. врач Верейтинов Ю.В.)

В современном акушерстве кесарево сечение – это наиболее часто проводимая операция, применяемая с целью быстрого родоразрешения при различных осложнениях для матери и плода.

Частота этой операции по данным отечественных и зарубежных авторов составила от 10 % до 20 % случаев (1,3,5). В России частота этой операции за последние

годы возросла и некоторых регионах составляет 35 – 45 % случаев (2,4,6,7). Это обусловлено расширением показаний к кесареву сечению, которые определили Пленум Всесоюзного и Всероссийского научных обществ акушеров – гинекологов в 1979 и 1988 гг. В решении его отмечалось, что кесарево сечение в современном акушерстве может существенно снизить пока-