КОМБИНИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЦЕПТИВНЫХ ОБОНЯТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Нарматова К.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
кафедра оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены результаты лечения больных с обонятельными нарушениями. Клинико-лабораторное сопоставление позволило сделать вывод, что наиболее эффективным является раннее комплексное лечение острых и подострых дизосмий, с применением антигипоксантных препаратов и лазерной установки на обонятельную зону полости носа.

Ключевые слова: обоняние, дизосмии, гелий-неоновый лазер, лечение

ЖЫТ СЕЗУУНУН ПЕРЦЕПТИВДИК БУЗУЛУУШУН КОШТОЛГОН ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫ

Нарматова К.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
кулак, мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада жыт сезүүсү сезгенген оорулууларды дарылоонун жыйынтыктары берилген. Клиника-лабораториялык салыштыруу курч кармаган дизосмияны антигипоксанттык дарыларды жана гелий-неондук лазерди мурун көңдөйүндөгү жыт сезүү зонасына колдонуу менен баштапкы комплекстик дарылоо абдан натыйжалуу экендигин көрсөттү.

Негизги сөздөр: жыт сезүү, дизосмия, гелий-неондук лазер, дарылоо.

COMBINED THERAPEUTIC TACTICS IN PERCEPTUAL OLFACTORY DISORDERS

Narmatova K.K.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of otorhinolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In the article we present the results of treatment of patients with disorders of the olfactory analyzer. The conclusion is made on validity of using helium – neon laser in perceptive olfactory defects. The investigations were conducted with an original olfactometer.

Key words: disorders. Helium-neon laser, treatment

Актуальность проблемы. Обоняние - способность ощущать и идентифицировать запахи, являющиеся специфическим раздражителем обонятельного анализатора.

Обонятельные нарушения полиэтиологичны. Наиболее чаще встречается респираторная,иликондуктивнаягипо-ианосмия, которая вызвана риногенными причинами, т.е. изменениями в полости носа, которые механически затрудняют или препятствуют доступу пахучих веществ в обонятельную область (деформации носового скелета, атрезии и синехии носа и хоан, гипертрофический ринит, отечная и отечно-гипертрофические формы вазомоторной риносинусопатии) [1, 3].

Для дифференциальной диагностики респираторной от перцептивной гипоаносмии, а также с целью выяснения состояния обонятельной щели проводят адреналиновую пробу. От состояния обонятельной щели в каждый определенный момент, как об этом свидетельствуют данные литературы и наши собственные, во многом зависит обоняние. Образована она с одной стороны медиальным краем средней носовой раковины, а с другой - перегородкой носа. Ширина ее имеет ничтожный просвет - всего 1-2 мм. Эта щель под влиянием различных причин может быть полностью закрыта, может суживаться и расширяться. Поскольку просвет этой щели ничтожен, то

даже незначительные изменения ее состояния в той или иной степени оказывают влияют на обоняние.

Перцептивные (нейросенсорные или эссенциальные) расстройства обоняния возникают при периферическом поражении нейроэпителиальных клеток или/и обонятельных нервов, а также в случае центральных нарушений обонятельных образований передней или средней черепных ямок.

Причинами обонятельных нарушений «рецепторного уровня» являются травмы обонятельной зоны и ситовидной пластинки, воспалительный процесс, черепно-мозговая травма, лекарственная интоксикация, аллергическая реакция, генетическая мутация, недостаточность витаминов А и В 12, интоксикация солями тяжелых металлов (кадмий, свинца, ртути), вдыхание паров раздражающих веществ (формальдегида), вирусное поражение, нарушение обмена Zn, ионизирующее излучение [3].

Центральные обонятельные нарушения могут быть при черепно-мозговой травме, нарушении мозгового кровообращения, при опухолях головного мозга, обменных нарушениях, генетических и инфекционных заболеваниях, саркаидозе, болезни Паркинсона, Альцгеймера [1, 5].

Нарушение остроты обоняния возможно при всех трех (респираторная, перцептивная и смешанная) формах дизосмии либо по типу аносмии (отсутствие восприятия и распознавания запахов), либо по типу гипосмии (снижении способности воспринимать и адекватно распознавать пахучие вещества).

Риногенная гипо- и аносмия устраняются лечением заболевания, послужившего его причиной. Многие авторы рекомендуют соблюдать щадящее отношение к обонятельной области, сохранить целостной слизистую оболочку носа при эндоназальных хирургических вмешательствах. Это обосновывает целесообразность более широкого применения в ринологии эндоскопических и лазерных методов лечения [3].

Сложной проблемой до сих пор остается лечение перцептивных обонятельных нарушений, широкая распространенность которых и низкая эффективность от проводимого, с точки зрения доказательной медицины, эмпирического лечения, явились поводом к поиску эффективного, обоснованного способа терапии этой категории больных. Лекарственные препараты, применяемые при перцептивной дизосмии, сходны с используемыми при нейросенсорной тугоухости: ноотропы, препараты, улучшающие нервную проводимость, церебральную гемодинамику и реологические свойства крови, витамины группы В, внутривенное введение 40% раствора глюкозы, при необходимости – антибиотики и антигистаминные препараты. Распространенным и достаточно эффективным методом консервативного лечения перцептивных дизосмий является использование витамина А внутримышечно либо местно – в виде эндоназально применяемых капель.

По данным литературы, эффективность медикаментозного лечения при дизосмиях повышается при использовании акупункруры [1]. Рефлексотерапия-акупунктура предполагает воздействие на корпоральные точки общего симптоматического действия преимущественно верхних конечностей, а также аурикулярные и локальные точки на лице, которые подбирают с учетом влияния на вегетативную реакцию: воздействие на аурикулярные точки, вызывающие седативную реакцию; воздействие на эмоциональную сферу, противоаллергический эффект и влияние на центральный отдел обонятельного анализатора.

Многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что низкоэнергетическое излучение гелий-неонового лазера оказывает вазоактивное, тромболитическое, противоотечное воздействие, улучшает обменные процессы в тканях, нормализует проницаемость сосудистой стенки, а также обладает адаптирующим влиянием на факторы местного и системного иммунитета [4]. Вследствие этого авторами получены положительные результаты при непосредственном эндоназальном воздействии гелий-неонового лазерного излучения на обонятельную зону полости носа [1].

Учитывая важное патогенетическое значение гипоксии в формировании патологических состояний нервно-рефлекторных структур [2], можно считать обоснованным использование препаратов антигипоксантной направленности в терапии перцептивной дизосмии.

В клинике болезней уха, горла и носа

НГ МЗ КР проведено обследование и лечение 46 больных, страдающих обонятельными нарушениями, в возрасте от 18- до 58 лет (мужчин-16, женщин-30).

При обследовании выяснялись жалобы, выполнялись передняя и задняя риноскопия, адреналиновая проба, ольфактометрия с помощью ольфактометра карусельного типа с определением порогов восприятия и распознавания, времени утомления и восстановления, рентгенография придаточных пазух, ЭЭГ. В качестве запаховых раздражителей использовали вещества ольфактивного действия (настойка валерианы), ольфакто-тригеминального воздействия (этиловый спирт) и смешанного действия (40% уксусная кислота).

Чаще всего больные связывали возникновение обонятельных расстройств с перенесенным гриппом и ОРВИ (23 больных-47,6%), несколько реже- с вдыханием раздражающих веществ (2 больных-6,7 %), черепно-мозговой травмой (16 больных – 34,7 %), психо-эмоциональной травмой (5 больных-10,8 %).

В зависимости от давности, заболевание оценивалось как - острое перцептивное нарушение в период до 1 месяца, подострое - в период от 1 до 6 месяцев, хроническое – свыше 6 месяцев.

У 13 больных была диагностирована острая перцептивная дизосмия, у 21 - подострая, у 12 – хроническая перцептивная дизосмия.

Клинические проявления нарушений обоняния у большинства наблюдаемых больных были представлены снижением или выпадением обонятельной функции (37 больных, 80,4 %), реже регистрировались явления гиперосмии (3 больных, 6,5 %), какосмии (постоянное либо периодическое восприятие неприятных запахов (6 больных, 13,04 %).

Пациентам с перцептивными нарушениями обоняния мы применяли комплексное медикаментозное лечение по следующей схеме:

1. В течение первых 10 дней пирацетам инфузионно в возрастающей дозировке от 5,0 до 15,0мл в 250,0 мл физиологического раствора (5,0 мл пирацетама в 1-й и 2-й день, 10,0 мл – на 3-й и 4-й день и 15,0 мл в период с 5-го по 10-й день), затем в течение 10 дней пирацетам назначали внутримышечно по 5,0 мл 2 раза в сутки;

Помимо этого препарата в план медикаментозной терапии включали по показаниям гипосенсибилизирующие, мочегонные, седативные, препараты улучшающие нервную проводимость (прозерин), витамины группы В, А, АТФ, гидрокортизон в виде ингаляций.

Местно применяли раствор ретинола ацетат в масле (пропитывали ватные тампоны и

Таблица 1

Результаты комплексного лечения больных с нарушениями обоняния в зависимости от формы заболевания

Форма дизосмии	*Характер дизосмии*	*Результаты лечения*		
		Значительное улучшение	*улучшение*	*Без перемен*
Перцептивная	Острая	1	5	2
	подострая	3	2	4
	хроническая	1	0	5
Смешанная	острая	3	2	0
	подострая	4	5	3
	хроническая	1	2	3

вводили в полость носа ежедневно 1 раз в сутки на 30 минут в течение двух недель. Показания к использованию ретинола ацетата в масле обоснованы экспериментальными данными, из которых следует, что повреждение рецепторных структур обонятельного анализатора сопровождается нарушением обмена в обонятельных клетках этого вещества [4].

После завершения курса инфузионной терапии назначали курс лечения лазером на обонятельную область полости носа. Лечение было проведено в медицинском центре лазерных технологий на аппарате «Мустанг 2000». Курс лечения – 10 ежедневно проводимых процедур. При необходимости проводили второй и третий курсы, состоящие из 8-10 процедур каждый, с интервалом в 1-3 мес соответственно.

Результаты лечения оценивались по субъективной клинической динамике, что выражалось в субъективном улучшении восприятия и распознавания пахучих веществ, исчезновении явлений какосмии и данным ольфактометрии. Значительное улучшение и улучшение были достигнуты у 29 из 46 пациентов, без перемен - у 17 больных

Результаты лечения у данных больных наглядно свидетельствуют о положительном воздействии предложенной схемы комплексной терапии на обонятельную функцию при поражении обонятельного анализатора.

Таким образом, проблема диагностики и лечения обонятельных нарушений остается актуальной для современной оториноларингологии. В лечении обонятельных нарушений эффективна комбинированная терапия, включающая как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения.

Литература:

1. *Овчинников Ю.М., Морозова С.В., Минор А.В. Нарушения обоняния (вопросы теории, диагностики, лечения). – М.: Медицина, 1999.- 155 с.*

2. *Морозова С.В., Саватеева Д.М., Лопатин А.С. Расстройства обоняния и их коррекция //Вест. оториноларингол. – 2007. - №5. – С. 66-70.*

3. *Винников Я.А., Титова Л.К. Морфология органа обоняния. : Медицина, 1957. – 296 с.*

4. *Морозова С.В., Безчинская М.Я. Возможности гелий-неонового лазера при нарушении обоняния //Вес. оторинолар. – 1995. - №5. – С. 35-36.*

5. *Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы – М., 1990. – С. 334-357.*