



дуемых и сохраняющееся умеренное нарушение носового дыхания – у 4 (20%). При этом статистически значимых различий между измеренными показателями в правой и левой половинах носа не получено ($p > 0,05$). Объемный носовой поток в среднем увеличился на 126 мл/с на вдохе и на 124 мл/с на выдохе, при одновременном снижении носового сопротивления в первом случае на 0,47 сПа/мл, а во втором – на 0,34 сПа/мл. Следует отметить, что наиболее выраженное снижение показателей объемного носового потока на выдохе у обследуемых больных свидетельствует о развитии клапанного механизма носового дыхания, обусловленного гипертрофией задних концов нижних носовых раковин в сочетании с отеком данных внутриносовых структур, что впоследствии было подтверждено эндоскопическим исследованием полости носа. Согласно показателям акустической риноманометрии в правой половине полости носа у 4 (20%) пациентов зарегистрировано патологическое сужение носового хода на уровне $2,32 \pm 0,16$ см от преддверия носа. Минимальная площадь поперечного сечения у данных больных составила $0,24 \pm 0,11$ см². После применения деконгестантов незначительное увеличение МППС1 ($0,36 \pm 0,12$ см², $p > 0,05$) отмечено у 3 больных, что также указывает на преимущественное наличие механических препятствий при прохождении акустического сигнала в передних отделах полости носа. Последующее проведение видеоэндоскопического исследования выявило у данных пациентов умеренную девиацию перегородки носа вправо и гипертрофию нижних носовых раковин, наиболее выраженную с противоположной искривлению стороны у 2 па-

циентов. Установленные причины нарушения носового дыхания выступают в качестве объективного критерия для проведения в плановом порядке повторной хирургической коррекции внутриносовых структур.

Восстановление показателей ПАРМ и РР в правой половине полости носа отмечено после сосудосуживающих капель только у 2 (10%) больных, а в левой – у 4 (20%) обследуемых. При этом значения МППС1 при АР на фоне деконгестантов значимо увеличились: справа на $0,13 \pm 0,06$ см², а слева $0,11 \pm 0,01$ см², что следует расценивать как сосудистую реакцию слизистой оболочки полости носа.

Сохранение высокой степени назальной обструкции после пробы с деконгестантом выявлено как в правой, так и в левой половине носа у 1 больного при ПАРМ и РР. При выполнении АР у данного больного зарегистрировано сохраняющееся после деконгестантов патологическое сужение в левой половине носа до $0,22$ см², а при эндоскопическом исследовании полости носа выявлены полипно измененная средняя носовая раковина и единичный слизистый полип в области среднего носового хода, что потребовало дальнейшего проведения компьютерной томографии околоносовых пазух и консервативного лечения.

Таким образом, среди 20 обследованных больных, имевших субъективные жалобы на затруднение носового дыхания после ранее перенесенного оперативного лечения, только у 1 (5%) пациента при комплексном риноманометрическом исследовании не зарегистрировано назальной обструкции в обеих половинах носа.

Выводы

При наличии субъективных жалоб на затруднение носового дыхания у пациентов в отдаленные сроки после хирургической коррекции деформации перегородки носа и нижних носовых раковин проведение комплексной оценки функции носового дыхания, включающей ПАРМ, РР и АР, позволяет:

- выполнить объективный количественный анализ основных показателей носового дыхания;
- дифференцировать причины назальной обструкции на структурные и функциональные с помощью пробы с деконгестантом;
- определить объективные показания к хирургическому вмешательству или консервативному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Ивойлов А. Ю., Изотова Г. Н., Архангельская И. И. Синдром назальной обструкции: алгоритм диагностики и терапии у детей и взрослых // Медицинский совет. 2016. № 6. С. 8–10.
2. Колесников В. Н. Совершенствование диагностики вазомоторного, аллергического, атрофического ринитов и патологии носового клапана: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 16 с.
3. Секерина А. О. Цереброваскулярные изменения у больных с хроническим затруднением носового дыхания: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 18 с.
4. Юнусов А. С., Попова О. И., Молчанова Е. Б. Клинико-функциональные особенности деформации перегородки носа у детей старшей возрастной группы // Рос. оториноларингология. 2008. № 5 (36). С. 181–184.
5. Пухлик С. М. Затрудненное носовое дыхание // Алергічні захворювання в клінічній практиці. 2010. С. 21–28.