VI ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Материалы

Санкт-Петербург
2017

Ю. К. Янов – главный редактор
С. В. Рязанцев – зам. главного редактора
В. Н. Тулкин – научный редактор

Издатель: ООО «Полифорум»

Все права на данное издание зарегистрированы.
Перепечатка отдельных статей без разрешения
издателя запрещена.
Ссылка на сборник обязательна.
Ответственные за выпуск *С. В. Рязанцев,*
В. Н. Тулкин, С. М. Ермольчев
Компьютерная верстка *Т. М. Каргапольцевой*

Адрес редакции:
190013, Россия, Санкт-Петербург,
ул. Бронницкая, д. 9.
Тел./факс: (812) 316-29-32.
E-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru

© СПб НИИ уха, горла, носа и речи
Минздрава России, 2017

Подписано в печать 03.04.2017.
Формат 60×90 $^{1}/_{8}$. Усл. печ. л. 37,75.
Тираж 1000 экз.

Отпечатано с готовых диапозитивов
в типографии «Политехника-принт».
Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

УДК 616.212+616.288/2]:616.5-006.03-089.81

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛОРОРГАНОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Алибеков И. М.[1,2], Гуз Д. Г.[2], Худин А. Г.[2], Храмцов А. А.[2]

[1] БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», 628412, г. Сургут, Россия

[2] БУ ХМАО-ЮГРЫ « Сургутская городская клиническая поликлиника № 3», 628408, г. Сургут, Россия

METHODS OF TREATMENT OF GOOD-QUALITY NEOPLASMS OF ENT ORGANS IN OUT-PATIENT CONDITIONS

Alibekov I. M.[1,2], Guz D. G.[2], Hudin A. G.[2], Hramtsov A. A.[2]

[1] Surgut State university, Surgut, Russia

[2] Surgut city clinical out-patient department N 3, Surgut, Russia

Одним из вариантов повышения доступности медицинской помощи остается увеличение объема медицинских услуг, оказанных на догоспитальном этапе – амбулаторно в дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии.

Основным мотивом к самообращению за медицинской помощью у данной категории пациентов явилась невозможность получения амбулаторной помощи в поликлиниках города.

Учитывая это положение, амбулаторная специализированная хирургическая помощь населению остается актуальной и требует от врача повышения не только уровня знаний как специалиста, но и в определенных ситуациях уровня клинических знаний в смежных областях медицины.

По данным статистики, за последние 10 лет наблюдается стойкая тенденция увеличения обращаемости к ЛОР-врачам пациентов с новообразованиями кожи в зоне ЛОРорганов в Ханты-Мансийском автономном округе.

Традиционные стандартные хирургические методики иссечения опухолей на коже в зоне ЛОРорганов предусматривают лечение только в хирургических стационарах и не всегда пригодны, если учитывать анатомические особенности этой области и косметические аспекты таких вмешательств.

Весьма эффективным в оториноларингологии оказалось использование методов радиоволновой хирургии, разработанной в США еще в 1978 г.

Цель исследования. Внедрение в практику современных безопасных методик удаления новообразований ЛОРорганов.

Пациенты и методы исследования. Использование радиоволновой хирургии привело к серьезным изменениям в терапевтической концепции лечения таких заболеваний, как новообразования кожи в зоне ушных раковин и носа. Это достаточно эффективный метод, который является серьезной альтернативой всем другим и с помощью которого стала возможна ранняя терапия любых новообразований ЛОРорганов,

Таблица

Динамика хирургических вмешательств по поводу доброкачественных новообразований в зоне ЛОРорганов в дневном стационаре

№ п/п	Год	Число удаленных доброкачественных новообразований кожи
1	2010	42
2	2011	113
3	2012	146
4	2013	175
5	2014	216
6	2015	470
7	2016	532
Всего		1694

в том числе и у детей в амбулаторных условиях. Количество таких операций постоянно увеличивается.

Одним из вариантов увеличения оказания амбулаторной хирургической помощи при ЛОР-патологии явился дневной стационар при Сургутской городской клинической поликлинике № 3, располагающей радиохирургическим аппаратом «Сургитрон» с выходной частотой 3,8 МГц. Источник питания – обычная электрическая сеть 220 В.

Это, по нашему мнению, наиболее удачный в конструкции радиохирургический аппарат, который отвечает всем требованиям амбулаторной хирургии. Режимы аппарата позволяют проводить лечение новообразований ЛОРорганов весьма эффективно (табл.).

Удаление опухолей кожи в зоне ЛОРорганов проходит бескровно, с минимальным ожогом окружающих тканей. Реактивные явления в виде небольшой гиперемии по краям раны исчезают в течение 3–5 дней. Нагноений ран не отмечалось. Раны заживали в течение 10 дней и, как правило, без формирования грубого рубца. Болевые ощущения в день операции и после отсутствовали или были выражены незначительно. Обезболивающие препараты в послеоперационном периоде не использовались. Косметические результаты отличные. Нарушений трудоспособности не отмечено.

Выводы. Все методы радиоволновой хирургии имеют бесспорные преимущества перед другими хирургическими методами. Значительно упрощается и ускоряется техника хирургического вмешательства.

Уменьшается психическое воздействие на пациента во время операции.

Позволяют расширить области хирургических вмешательств, выполняемых амбулаторно.

Радиохирургические аппараты дают возможность удалять любые новообразования в ЛОРзонах с хорошим косметическим эффектом.

УДК 616.211/.216.1-002-089.81:330.131

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ОПЫТ РАБОТЫ)

Алибеков И. М.[1], Артюшкин С. А.[2], Абдулкеримов Х. Т.[3]

[1] БУ ВО «Сургутский государственный университет», 628412, г. Сургут, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И. И. Мечникова», 191015, Санкт-Петербург, Россия

[3] ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», 620028, Екатеринбург, Россия

FEATURES OF APPLICATION OF LOW-INVASIVE SURGERY IN OUT-PATIENT CONDITIONS (EXPERIENCE)

Alibekov I. M.[1], Artyushkin S. A.[2], Abdulkerimov H. T.[3]

[1] Surgut State University, Surgut, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[3] Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Социально-экономические реформы, проводимые в России в последние годы, привели к существенной перестройке отечественного здравоохранения. Одним из направлений реформирования медико-санитарной помощи является внедрение стационарозамещающих технологий.

Внедрение стационарозамещающих технологий позволяет перераспределить часть объема медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный, рационально используя коечный фонд. К таким относятся дневные стационары – центры амбулаторной хирургии.

В амбулаторных условиях можно выполнить большинство операций при соответствующем оснащении дневного стационара и квалифицированном подборе кадров.

Один из таких дневных стационаров был открыт в Сургутской городской клинической поликлинике № 3 в 2010 г.

Цель исследования. Доказать эффективность малоинвазивной хирургии в амбулаторных условиях дневного стационара при патологии ЛОРорганов.

Пациенты и методы исследования. Основным приоритетным направлением деятельности дневного стационара является стремление к малоинвазивным и высокотехнологичным методам лечения, что обеспечивает высокое качество оказания помощи при минимальном объеме оперативного вмешательства.

Проведено клиническое наблюдение с последующим хирургическим лечением 2768 пациентов за 2010–2016 гг. Большинство пациентов это с патологией носа и околоносовых пазух (70–75%).

Операции проводились в операционной, оснащенной в соответствии с современными требованиями.

Было использовано современное оборудование: шейверная система, радиоволновая хирургия, эндоскопы и микроскоп. Все больные проходили предоперационное обследование. Консультация специалистов по показаниям: пульмонолога, аллерголога, кардиолога, эндокринолога. Перед операцией накануне и в день операции осматривались анестезиологом. Анестезиологическое пособие при выполняемых операциях: аппликационная, местная, инфильтрационная и внутривенная седация-анальгизация на операционном столе.

После операции больные находились в палатах дневного стационара в зависимости от сложности операции от 2–4–6 ч.

Всех пациентов в день операции доставляли спецтранспортом поликлиники в сопровождении медицинского персонала до места жительства. На следующий день назначали осмотр пациентов, перевязки, ежедневно проводился туалет носа. Все пациенты до полного выздоровления наблюдались лечащим врачом.

Выводы. Малоинвазивные методы хирургического лечения оториноларингологических больных в условиях дневного стационара должны исключать риск послеоперационных кровотечений, максимально должны быть щадящими и полезными для пациента. Данные методы возможны благодаря современным технологиям.

УДК 616.24-007.272-036.12-036.65:616.2

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА

Гилифанов Е. А.[1], Невзорова В. А.[1], Артюшкин С. А.[2], Тилик Т. В.[1], Бернатов Ю. М.[1]

[1] ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», 690002, г. Владивосток, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», 191015, Санкт-Петербург, Россия

ASSESSMENT OF THE UPPER AND LOWER RESPIRATORY TRACT IN PATIENTS DURING EXACERBATIONS OF COPD USING A QUESTIONNAIRE

Gilifanov E. A.[1], Nevzorova V. A.[1], Artyushkin S. A.[2], Tilik T. V.[1], Bernatov Yu. M.[1]

[1] Pacific Vladivostok State Medical University, Vladivostok, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov” of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Ежегодное увеличение числа пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких, обусловливает необходимость разностороннего подхода в поиске возможных предикторов обострения, разработке новых методов не инвазивной диагностики. Как показали проведенные нами исследования, верхние дыхательные пути не являются интактными у лиц ХОБЛ в период обострения. Оценка состояния нижних и верхних дыхательных путей с помощью опросников представляет собой общедоступный и скрининговый способ оценки показателей здоровья и качества жизни.

В целях комплексной оценки состояния органов дыхания у пациентов с ХОБЛ мы разработали новый опросник. За основу был взят CAT (COPD

Assessment Test), применяемый при оценке влияния ХОБЛ на самочувствие и повседневную жизнь пациента, успевший зарекомендовать себя как простой и надежный оценочный тест самочувствия; количество вопросов-утверждений, характеризующих состояние органов дыхания было увеличено с 8 до 16. Анализ ответов позволяет оценить состояние органов дыхания пациентов с ХОБЛ, заподозрить патологию верхних дыхательных путей, проводить динамическое наблюдение за самочувствием и качеством повседневной жизни, определить объем диагностических исследований при ХОБЛ, результаты которых необходимы для назначения лечения пациенту.

Оценка результатов теста осуществляется врачом следующим образом: если обследуемый пациент, отвечая с 9-го по 16-й вопрос, суммарно получает 4 и более баллов, то ему показана консультация ЛОР-врача. Если отвечая с 9-го по 12-й вопрос, пациент набирает 4 и более баллов, что свидетельствует об имеющейся у него патологии полости носа и околоносовых пазух, то ему показано более углубленное обследование, включающее исследование носа жестким эндоскопом, компьютерную томографию околоносовых пазух, переднюю активную риноманометрию, исследование обоняния. Если пациент, отвечая с 13-го по 16-й вопрос, набирает 4 и более баллов, это указывает на то, что у него есть патология глотки и гортани и ему дополнительно показаны фиброларингоскопическое исследование, стробоскопическое исследование голосовых складок, спектральный анализ.

Цель исследования. Определить информативность нового опросника оценки состояния верхних и нижних дыхательных путей и его влияние на показатели здоровья и качества жизни у лиц ХОБЛ в период обострения основного заболевания.

Пациенты и методы исследования. Основную группу составили 50 лиц в период обострения ХОБЛ, контрольную – 49 лиц аналогичного пола и возраста, не имеющих хронических заболеваний легких.

Результаты исследования. Показали, что качество жизни пациента в значительной степени зависит от состояния дыхательных путей. Количество набранных баллов для основной группы составляет 45,54±1,75, для контрольной группы этот показатель составил 3,75±0,46 ($p \leq 0,01$). Из набранных 45,54 балла на верхние дыхательные пути приходится 22,27 балла, на нижние – 23,27 балла.

Самое большое количество баллов, оценивающих состояние верхних дыхательных путей, получено при ответах, касающихся остроты обоняния (вопрос 3), ощущения кома в горле (вопрос 5), першения или саднения в горле (вопрос 6), осиплости голоса (вопрос 7), утомляемости голоса (вопрос 8). Среднее время, затраченное на заполнение вопросника, составило 4 мин.

Заключение. Таким образом, предложенный нами вопросник является информативным и скрининговым методом оценки влияния состояния верхних и нижних дыхательных путей на показатели здоровья и качества жизни лиц с ХОБЛ в период обострения. Кроме того, он дает возможность оптимизировать объем исследования верхних дыхательных путей благодаря исключению ненужных видов диагностики.

УДК 616.21-056.2-092.11:316.728]-071.1

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОРОРГАНОВ

Зайцев В. А., Шахова Е. Г., Козловская С. Е., Пелих Е. В., Беркалиева Г. П.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, Волгоград, Россия

ASSESMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ENT PATHOLOGY

Zaytsev V. A., Shakhova E. G., Kozlovskaya S. E., Pelikh E. V., Berkalieva G. P.

Federal state budgetary educational institution of higher professional education Volgograd state medical University Ministry of healthcare of the Russian Federation

В настоящее время понятие «качество жизни» (КЖ) используется практически во всех областях медицины. Исследование КЖ в медицине позволяет принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Заболевания ЛОРорганов вызывают тяжелые страдания больных, увеличивая сроки их нетрудоспособности, а в ряде случаев приводят к опасным для жизни

осложнениям, в связи с чем проблема изучения КЖ при данной патологии имеет важное практическое и медико-социальное значение.

Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов с заболеваниями ЛОРорганов.

Пациенты и методы исследования. Изучение КЖ проведено с помощью опросника SF-36 (SF-36 Health Status Survey) у 101 человека. Обследованные были разделены на семь групп, однородных по полу и возрасту.

Первую группу составили 14 пациентов с воспалительными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух.

Во вторую группу вошли 27 пациентов с негнойными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух.

Третья группа составлена из 4 пациентов с полипозным риносинуситом.

В четвертую группу включены 14 пациентов с воспалительными заболеваниями уха.

Пятая группа состояла из 4 пациентов с негнойными заболеваниями уха со снижением слуха.

В шестую группу вошли 2 пациента с воспалительными заболеваниями глотки.

Седьмую группу – группу контроля – составили 36 человек с отсутствием жалоб со стороны ЛОРорганов.

Анкетирование пациентов проводилось в день поступления в отделение. Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, которые отражают восемь составляющих качества жизни: физическое функционирование (PF), ролевую деятельность (RP), телесную боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MN).

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленные таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Полученные данные обработаны с помощью пакета офисных программ Open Office.

Сравнение показателей КЖ третьей группы с контрольной свидетельствует о статистически значимом снижении значений всех показателей, характеризующих физический компонент здоровья в группе с полипозным риносинуситом.

PF – Physical Functioning (физическое функционирование). Показатели этих групп равны 66,25±16,05 (третья группа) и 93,47±1,64 (контрольная группа).

RP – Role-Physical Functioning (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием). Показатели третьей группы и контрольной равны 56,25±29,76 и 71,53±5,39 соответственно.

GH – General Health (общее состояние здоровья) оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Сравнивая показатели третьей группы (36,25±3,63) и контрольной (65,11±2,76), можно увидеть значительное снижение, что характеризуется низкой оценкой состояния здоровья самим пациентом.

Негнойные заболевания уха (группа 5) существенно снижают КЖ исследуемых пациентов (как физического компонента здоровья, так и психологического в большей степени). Физический компонент здоровья у пятой группы составляет 40,51±3,91, а психологический – 37,94±7,82, что намного ниже чем у контрольной группы пациентов: 52,1±1,1 – физический, 42,32±1,68 – психологический компоненты.

Выводы. Полипозные риносинуситы существенно снижают качестве жизни пациентов: возникают трудности в выполнении профессиональных и повседневных обязанностей; снижается уровень производительности труда; увеличивается число случаев нетрудоспособности; ухудшается психоэмоциональное состояние пациентов.

Самые низкие значения показателей качества жизни выявили в группе пациентов с негнойными заболеваниями уха со снижением слуха по всем шкалам опросника, что свидетельствует о значимости этих нозологий в социальном аспекте.

УДК 616.216.1-002+616.286-008.8:572.7

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ

Захарова Г. П., Шабалин В. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

MODERN APPROACH TO MORPHOLOGIC RESEARCH OF BIOLOGICS FLUID

Zakharova G. P., Shabalin V. V.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Неуклонный рост заболеваемости, частота обострений и недостаточная эффективность лечения больных хроническими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и среднего уха, в том числе их сочетанной патологии, приводит к значительным нарушениям здоровья и качества жизни пациентов.

В настоящее время хронические риносинуситы и средний отит занимают лидирующие места в структуре патологии ЛОРорганов. Возникновение опасных для жизни орбитальных и внутричерепных осложнений, развитие тугоухости у детей и взрослых при хроническом среднем отите определяют социальную значимость заболеваний и обусловливают актуальность изучения патогенетических особенностей и разработки новых методов диагностики и лечения пациентов с хроническим риносинуситом и средним отитом.

Нарушение состава биологических жидкостей слизистой оболочки ЛОРорганов играет значительную роль в патогенезе воспалительных заболеваний ЛОРорганов. Однако сведения о состоянии секрета слизистой оболочки при воспалении фрагментарны, что обусловлено отсутствием достаточно адекватных методов получения и исследования секрета. В настоящее время при анализе состояния биологических систем широкое применение в медицине и биологии имеет заложенный основателями теории функциональных систем системный подход. Он оказывается перспективным для решения проблем многих заболеваний на более высоком, чем при использовании традиционных методов уровне. Для создания глубокого фундаментального представления о состоянии одного из основных компонентов мукоцилиарной системы ЛОРорганов – секрета слизистой оболочки – при патологии нами применен системный подход в его изучении с помощью функционального морфологического исследования биологических жидкостей.

Пациенты и методы исследования. Нами проведено исследование секрета слизистой оболочки верхних дыхательных путей у 120 больных хроническим риносинуситом (полипозным и полипозно-гнойным) и слуховой трубы у 110 больных хроническим средним отитом. Для этого нами был использован комплекс принципиально различных методов функционального морфологического исследования: системной самоорганизации (клиновидной дегидратации), тезиграфии (кристаллизации с использованием усиливающего кристаллизацию раствора NaCl) – и экспериментальных методов (наблюдение за процессом структуризации и его длительностью при патологии).

Применение комплекса методов современного морфологического исследования позволило нам получить более полное представление о состоянии секрета верхних дыхательных путей при хроническом риносинусите и слуховой трубы при хроническом среднем отите.

На основании изучения особенностей структур твердой фазы секрета слизистой оболочки верхних дыхательных путей и среднего уха разработаны диагностические критерии морфологической оценки секрета при хроническом воспалительном процессе по особенностям морфотитов структур твердой фазы и длительности структуризации секрета слизистой оболочки ЛОРорганов.

Применение разработанных нами диагностических критериев и тестов функциональной морфологической оценки состояния секрета верхних дыхательных путей и среднего уха позволяет повысить эффективность ранней диагностики воспалительных заболеваний ЛОРорганов, прогнозировать результат и выбрать тактику лечения.

УДК 616.216-001-089.15:616.24-085.816.2

ПЕРСПЕКТИВЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ НА ИВЛ

Исаченко В. С., Ильясов Д. М., Мельник А. М., Овчинников В. Ю., Дворянчиков В. В.

ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 190044, Санкт-Петербург, Россия

PERSPECTIVES OTOLARYNGOLOGICAL TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH THE SEVERE COMBINED INJURY OF THE HEAD ON RESCUE BREATHS

Isachenko V. S., Il'yasov D. M., Mel'nik A. M., Ovchinnikov V. Yu., Dvoryanchikov V. V.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Среди причин смертности трудоспособного населения на первом месте находится травма. Конец XX века уже характеризовался «эпидемией» травматизма вообще и дорожно-транспортного в частности.

Тяжелая черепно-мозговая травма представляет угрозу для жизни не только из-за тяжести поражения, но и вследствие высокого риска развития гнойных осложнений, а также может являться источником сепсиса и длительно поддерживать данное состояние. В настоящее время в условиях Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова организован и успешно функционирует центр политравмы, где оказывается помощь пострадавшим, в том числе после дорожно-транспортных происшествий, с тяжелой сочетанной травмой.

В центре выработан алгоритм обследования и лечения. Наличие у пациентов поврежденных околоносовых пазух, формирующиеся застойные явления в околоносовых пазухах в начальный период у пострадавших, находящихся на управляемом аппаратном дыхании, обязуют лечащих врачей вести данную категорию больных совместно с врачами-отоларингологами с первых же дней стационарного лечения. Ранняя санация околоносовых пазух ликвидирует один из очагов гнойной инфекции, поддерживающий системный воспалительный ответ, который в будущем может становиться источником сепсиса у пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой головы. Именно использование разработанной нами рациональной оториноларингологической тактики подразумевает ликвидацию не только гнойного очага инфекции, а также развития патологического процесса, приводящего к формированию посттравматического синусита на фоне имеющегося гемосинуса, который, в свою очередь, у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы, находящихся на ИВЛ, в любом случае переходит в пиосинус уже на 3–5-е сутки. Таким образом, санируя патологический очаг, посттравматический синусит, гемосинус, мы в большинстве случаев не допускаем развития гнойного очага, поддерживающего системный воспалительный ответ и сепсис. Так, у пострадавших, находящихся на ИВЛ с повреждениями околоносовых пазух, необходимо выполнять ежедневную санацию полости носа с использованием деконгестантов. Своевременная диагностика посттравматических синуситов достигается в том числе выполнением компьютерной томографии головы в динамике, в день госпитализации, а также на 3–5-е сутки. Для решения проблемы коррекции функционального состояния слизистой оболочки полости носа нами разработан метод искусственной вентиляции полости носа постоянным положительным давлением.

Данная методика подразумевает постоянное нагнетание воздуха, пропущенного через систему фильтров и увлажнитель, в полость носа через носовую маску. Таким образом, на данный момент пролечено 11 человек, имеющих тяжелую сочетанную травму головы. У всех пациентов имелось повреждение основания черепа с наличием гемосинуса в околоносовых пазухах. Все больные имели тяжелое состояние и находились на ИВЛ. Нами отмечено, что при проведении данной процедуры после предварительной инструментальной санации полости носа с помощью хирургического отсасывателя отмечался явный положительный сдвиг функциональной активности мерцательного эпителия в виде усиления транспортной активности, нормализации температуры в полости носа и нормализации pH. Несмотря на то что мы не добились циркуляции воздуха через полость носа в носоглотку даже при использовании роторасширителя, языкодержателя и фиксации мягкого неба, оказанное воздействие воздуха в полости

носа привело к существенному улучшению состояния полости носа и околоносовых пазух, что подтверждалось проведением компьютерной томографии на 4-е сутки лечения. К 11-м суткам госпитализации отмечалось разрешение гемосинуса с сохранением пристеночного отека слизистой оболочки. По нашему мнению, усиление транспортной активности достигнуто диффузией кислорода в слизистую оболочку. С другой стороны, отмечена уменьшение избыточного количество слизистого секрета в полости носа.

В результате применения данного метода лечения у пострадавших наблюдалось спонтанное очищение околоносовых пазух в период 9–11 суток без дополнительного хирургического пособия при нахождении на ИВЛ.

УДК 616.211/.232:615.281

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ФТОРХИНОЛОНОВ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кочеровец В. И.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», 119991, Москва, Россия

RATIONAL USE OF RESPIRATORY FLUOROQUINOLONES: STATE AND PROSPECTS

Kocherovets V. I.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "I. M. Sechenov First Moscow State Medical University", Moscow, Russia

Современный перечень респираторных фторхинолонов включает препараты левофлоксацина, моксифлоксацина и гемифлоксацина. Они характеризуются широким спектром антибактериальной активности и проявляют исключительную активность в отношении Гр– палочек и повышенную активность к Гр+ коккам (пневмококку и золотистому стафилококку), обладают хорошими фармакокинетическими свойствами.

В Северной Америке в течение десяти лет (с 1999 по 2009 гг.) левофлоксацин и моксифлоксацин вытеснили ранние фторхинолоны и макролиды, используемые при лечении инфекций нижних дыхательных путей. За этот период в Канаде число рецептов на указанные препараты увеличилось почти в 4 раза. Устойчивость пневмококков при этом осталась неизменной (менее 2%), а к макролидам заметно возросла.

В настоящее время левофлоксацин, моксифлоксацин и гемифлоксацин являются предпочтительными фторхинолонами в США для лечения внебольничных инфекций респираторного тракта у взрослых. Они по-прежнему повсеместно применяются для антимикробной терапии наиболее тяжелых форм инфекционных заболеваний. Например, в 2015 г. было получено разрешение на применение в ЕС препарата левофлоксацина 240 мг в растворе для небулайзера при лечении инфекции легких, обусловленной *Pseudomonas aeruginosa*, у взрослых с муковисцидозом.

В последние годы регуляторные органы в сфере лекарственного обращения уделяют пристальное внимание мониторингу безопасности и переносимости современных хинолонов. Данные, полученные в клинических исследованиях и при постмаркетинговом применении препаратов, показали необходимость соблюдать бдительность по отношению к любым неудачным результатам, в том числе и с применением респираторных фторхинолонов. Так, в 2016 г. в США введены ограничения (пересмотрены показания и очередность) по фторхинолонам системного использования, включая левофлоксацин, моксифлоксацин и гемифлоксацин при остром синусите, обострении хронического бронхита и инфекциях мочевыводящих путей с неосложненным течением. Рекомендовано включить информацию о сочетанном варианте двух и более нежелательных эффектов в нормативную документацию по применению коммерческих фторхинолонов.

Поиск альтернативных хинолонов/фторхинолонов пока безрезультатен. Потенциальные «кандидаты» не достигли необходимого практического уровня клинического применения. Попытки

создать новые более эффективные препараты претерпели неудачу. Она обусловлена их недостаточной безопасностью. В итоге это привело к приостановке разработок.

После регистрации гемифлоксацина в США (2003) и в РФ (2006) рынок новых «респираторных фторхинолонов» не пополнялся. Однако изучение и разработка перспективных лекарственных средств из числа хинолонов/фторхинолонов продолжается. Промежуточные результаты за последние десять лет достаточно заметны и многообещающие.

Хинолоны/фторхинолоны респираторного профиля – наиболее «продвинутая» группа инновационных ингибиторов топоизомераз. Это немоноксацин, забофлоксацин, DS-8587, KRP-AM1977 и другие. В настоящее время они проходят клинические исследования. Особое внимание уделяется вопросам усиления антибактериальной активности новых хинолонов/фторхинолонов в отношении Гр+ микрофлоры. Так, делафлоксацин, JNJ-Q2 и озеноксацин показали более выраженную активность в отношении MRSA, чем зарегистрированные фторхинолоны.

УДК 616.21:614.2:355.211.1

МАРШРУТИЗАЦИЯ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Кошель В. И., Кржечковская Г. К., Кацко А. В., Кржечковская Е. А.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355017, г. Ставрополь, Россия

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», 355030, г. Ставрополь, Россия

ROUTING WHEN OBSERVING INDIVIDUALS OF MILITARY AGE

Koshel' V. I., Krzhechkovskaya G. K., Katsko A. V., Krzhechkovskaya E. A.

Stavropol State Medical University Russian Ministry of Health, Stavropol, Russia

Stavropol Regional Clinical Hospital, Stavropol, Russia

Сохранение здоровья человека – одна из основных задач здравоохранения России, при этом первоочередной является сохранение здоровья подрастающего поколения. По достижении 18 лет за состоянием здоровья пациентов наблюдают лечебно-поликлинические учреждения (ЛПУ) для взрослого населения. Однако до 18-летнего возраста выполнение объемной работы возложено на детскую службу. Этот важный период имеет специальную направленность уже с подросткового возраста, когда начинается подготовка к проведению специальных медицинских комиссий. Поэтому уровень состояния здоровья пациентов находится в зависимости от многих факторов наблюдения и периода преемственности в работе детской и взрослой служб.

В соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением Правительства РФ № 565 2013 г. Приказом Министерства обороны РФ, Министерством здравоохранения РФ № 240/168 2001 г. и другими руководящими документами, два раза в год проводится призыв на военную службу на основании медицинского обследования, освидетельствования граждан, подлежащих призыву. Два раза в год за соответствующий период главному оториноларингологу МЗ СК краевой военный комиссариат направляет информацию о результатах медицинского обследования граждан, признанных годными и негодными к военной службе. В связи с этим ежегодное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с нарушением голоса и слуха, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет с последующим оформлением «Медицинского заключения о состоянии здоровья гражданина» на основании специальных инструкций до 18-летнего возраста, проводится в краевом детском сурдокабинете. По достижении 18 лет, в зависимости от сроков работы призывных комиссий, дальнейшее наблюдение паци-

ентов с нарушением голоса и слуховой функции осуществляет Краевой центр сурдологии, слухопротезирования и фониатрии.

Цель исследования. Провести анализ наблюдения лиц призывного возраста с нарушением слуха и голоса, преемственности в работе детской и взрослой профильных служб.

Пациенты и методы исследования. На протяжении 3 лет наблюдали 370 лиц призывного возраста, из них с нарушением слуха 362, голоса – 8, направленных в Краевой сурдофоноцентр ЛОР-врачами из городов и районов края в основном в период работы призывных комиссий. Всем пациентам сурдолог проводил профильное комплексное исследование слуховой функции, включая психоакустические и объективные методики. В сомнительных случаях для сопоставления с психоакустическими методами исследовали коротколатентные слуховые вызванные потенциалы с необходимым неврологическим обследованием, консультацией невролога-отоневролога. Логопеда привлекали для дифференциальной диагностики речевых нарушений и нарушений звучности голоса. При голосовых расстройствах врач ЛОР (фониатр) проводил телефаринголарингоскопию с регистрацией видеозаписи, консультацией невролога, фонопеда.

Из 362 пациентов с нарушением слуха у 232 (64%) выявили двустороннюю сенсоневральную тугоухость. С односторонней тугоухостью зафиксировали 52 пациента (14,3%). Среди наблюдаемых с нарушением слуха с кондуктивной тугоухостью на фоне двустороннего хронического гнойного процесса (мезо-, мезоэпитимпанит) было 45 больных (12,4%), с односторонним хроническим гнойным мезоэпитимпанитом фиксировали 30 пациентов (8,5%). Врожденную аномалию наружного и среднего уха наблюдали у 3 человек (0,8%). Из общего числа лиц с нарушением функции слуха у 219 (60,5%) выявляли жалобы на снижение слуха еще до 10–13-летнего возраста, из них у 43 человек нарушение слуха отмечали родители с 5–6 лет, но только 176 пациентов (48,6%) имели данные однократного аудиологического исследования детского краевого сурдокабинета, из них контроль слуха два или более раз был проведен 42 пациентам. С голосовыми расстройствами призывной комиссией направлено только 8 пациентов за последние 3 года.

Анализ выявленной патологии, сроки возникновения заболеваний, сопровождающихся нарушением слуха и голоса, проявил ряд недостатков в работе детских ЛПУ. Это нередко объяснялось отсутствием постоянного ЛОР-врача в детской поликлинике. Обнаружены случаи, когда родители неоднократно не выполняли рекомендации специалиста при нарушении слуха и звучности голоса у пациента, не обращались для повторного контроля. Наблюдаясь у педиатра, не были обследованы по месту жительства у невролога, эндокринолога и соответственно не предоставляли выписки о наблюдении при последующем направлении в Краевой сурдофоноцентр. Чрезвычайно малое число направленных лиц с голосовыми расстройствами за 3 года (8) можно объяснить только отсутствием внимания у специалистов детских ЛПУ на местах на звучность голоса у ребенка и подростка на фоне различной патологии.

Анализ документации при направлении ЛОР-врачами в Краевой сурдофоноцентр лиц призывного возраста выявил у 156 (42%) определенные недостатки. На основании этого оформлено информационное письмо руководителям всех медицинских организаций края с акцентом на их устранение.

Выводы. Специалистам детских ЛПУ (педиатрам, неврологам, оториноларингологам и другим) обратить внимание и активизировать выявление у детей нарушения слуха, звучности голоса для своевременного направления на обследование в детский краевой сурдокабинет с проведением разъяснительной беседы с родителями о необходимости выполнения рекомендаций врача.

При достижении пациентом с нарушением голоса и слуха 18-летнего возраста специалисты детских ЛПУ должны выдавать выписки за период наблюдения для предоставления при направлении в Краевой сурдофоноцентр.

При направлении пациента призывного возраста ЛОР-врачом на консультацию в Краевой сурдофоноцентр неукоснительно выполнять инструктивные рекомендации по оформлению надлежащей документации для проведения обследования, освидетельствования.

Должная маршрутизация лиц призывного возраста и преемственность профильных специалистов детских и взрослых ЛПУ позволят своевременно выявлять, обследовать, проводить лечебно-реабилитационные, профилактические меры для достижения положительной динамики лечения при нарушении голоса, слуха в целях оздоровления подрастающего поколения и подготовки к работе военно-врачебных комиссий лиц призывного возраста.

УДК 616.22-008.4-082:616.31-08-039.57

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Лебедянцев В. В., Шульга И. А., Лебедянцева Т. В.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», Минздрава России, 460000, Оренбург, Россия

EMERGENCY CARE OF A DENTIST IN ACUTE RESPIRATORY FAILURE IN THE OUTPATIENT CLINIC

Lebedyantsev V. V., Shul'ga I. A., Lebedyantseva T. V.

Orenburg State Medical University the Ministry of Health of the Russian Federation,Orenburg, Russia

Оказание амбулаторной стоматологической помощи связано с риском возникновения острой дыхательной недостаточности. Стоматологическая помощь часто оказывается пациентам с сопутствующей патологией, в том числе с заболеваниями органов дыхания. Челюстно-лицевая область и начальные отделы дыхательного пути объединены функциональными связями и анатомической близостью, что определяет возможность быстрого распространения воспалительного отека из полости рта на гортань, попадания в нее инородных тел при стоматологических манипуляциях, возникновения сочетанных повреждений при травмах лицевого скелета. Постоянное применение анестезирующих и лечебных препаратов несет потенциальную опасность аллергических реакций в форме отека Квинке с быстрым развитием отека гортани.

На амбулаторном приеме больных врачу-стоматологу наиболее часто приходится встречаться со стенотической (при воспалительном, аллергическом отеках) и обтурационной (при попадании в дыхательные пути оттискного материала, марлевого шарика, зуба) формами острой дыхательной недостаточности. Она может возникнуть вследствие аспирации слюны, крови, рвотных масс. Гнойные воспалительные процессы в области дна полости рта и корня языка особенно опасны быстрым, иногда внезапным развитием асфиксии из-за дислокации языка и распространения воспалительных изменений на ткани в окружности входа в гортань.

Все эти патологические процессы способны вызывать «молниеносные» стенозы гортани с развитием дыхательной недостаточности III стадии и асфиксии. В такой ситуации несвоевременная или неквалифицированно оказанная медицинская помощь может иметь для больного летальные последствия.

Однако врач-стоматолог на амбулаторном приеме в критической ситуации может столкнуться с рядом трудностей. Общепринятая тактика при острых стенозах гортани или ее обтурации инородным телом предполагает проведение консервативного лечения в I–II стадиях, наложение трахеостомы в III стадии дыхательной недостаточности и коникотомию при асфиксии. Трахеостомия в настоящее время большинством оториноларингологов не рассматривается как несложная операция, доступная любому врачу. Наоборот, она относится к вмешательствам повышенного риска, так как выполняется на шее вблизи жизненно важных органов и структур, поэтому должна производиться опытным хирургом (Паршин В. Д., 2008). Непрофессиональное выполнение трахеостомии приводит к тяжелым и фатальным последствиями.

Можно утверждать, что вузовская подготовка врача-стоматолога не обеспечивает его готовность к выполнению срочной трахеостомии вне операционной в условиях стрессовой ситуации. Во многих странах мира проводятся поиски наиболее технически простых и безопасных оперативных вмешательств, которые могли бы быть выполнены за максимально короткое время врачом любой специальности при механическом закрытии дыхательных путей человека. В настоящее время разрабатываются и усовершенствуются различные варианты хирургической и пункционной коникотомии.

Стоматологи в условиях амбулаторного приема при отсутствии в поликлинике постоянного анестезиолога-реаниматора должны быть ориентированы на выполнение коникотомии как основного метода оказания помощи при III стадии острой дыхательной недостаточности и асфиксии. Несмотря на относительную простоту операции, для ее усвоения необходимо обучение на симуляторах или трупах с регулярным закреплением навыков.

Поэтому коникотомия должна быть включена в перечень практических умений, обязательных для усвоения как в период обучения в вузе, так и при последипломном образовании.

УДК 616.21:614.1:314.4(479.25)

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Мардиян М. А., Чопикян А. С., Дунамалян Р. А.

ГБОУ «Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци», 0025, Ереван, Армения

ABOUT THE PREVALENCE OF ENT DISEASES IN THE REPUBLIC OF ARMENIA

Mardiyan M. A., Chopikyan A. S., Dunamalyan R. A.

Department of Healthcare Management and Economics, Yerevan State medical University after Mkhitar Heratsi, Yerevan, Armenia

Для планирования и реализации мероприятий по профилактике оториноларингологической патологии, совершенствованию медицинской помощи больным необходимо иметь информацию о распространенности болезней уха, горла и носа, а также о степени и характере влияния различных медико-социальных факторов на формирование и поддержание данной патологии у детей, подростков и взрослого населения. В оценке здоровья населения большую роль играют показатели заболеваемости. Изучение заболеваемости только по обращаемости не отражает реальной картины, поскольку обращаемость зависит от доступности медицинской помощи, санитарной грамотности, медицинской активности населения и других факторов.

Цель исследования. Изучить особенности распространенности и структуры хронической патологии ЛОРорганов среди населения РА.

Ежегодный рост патологии ЛОРорганов требует совершенствования работы амбулаторно-поликлинических учреждений. Изучение распространенности заболеваний ЛОРорганов представляет интерес с точки зрения улучшения планирования и организации лечебно-профилактической помощи населению.

Материалы и методы исследования. Основным материалом для эпидемиологического исследования являются сведения о заболевших, анализ первичной медицинской документации и данных официальных статистических отчетов.

Целью эпидемиологического исследования является установление закономерностей формирования заболеваемости населения РА. Известно, что примерно 70% фарингитов вызываются вирусами, среди которых отмечают риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа.

Результаты и обсуждение. По данным статистики, в динамике наблюдается рост смертности населения РА от ЛОР-патологии. Так, если в 2005 г. показатель смертности на 100 000 населения составил 0,03, то в 2015 г. – 0,07 (показатель смертности увеличился более чем 2 раза). Впервые выявленные случая ЛОР-заболеваемости на 100 000 населения у детей в возрасте до 14 лет в 2005 г. составили 869,9, в 2010 г. – 2020,9, в 2013 г. – 2121,6, в 2014 г. – 2204,1, в 2015 г. – 2315,0 (показатель первичной заболеваемости в 2015 г. по сравнению с 2005 г. увеличился 2,66 раза).

Впервые выявленные случаи ЛОР-заболеваемости на 100 000 населения в возрасте от 15 лет и выше в 2005 г. составили 342,3, в 2010 г. – 662,1, в 2013 г. – 823.8, в 2014 г. – 917,6; в 2015 г. – 989,1 (уровень заболеваемости 2015 г. по сравнению 2005 г. увеличился в 2,89 раза). Показатель распространенности заболевания в возрастной группе до 14 лет в 2005 г. составил 1191,3; в 2010 г. – 2904,9; в 2013 г. – 2574,0; в 2014 г. – 2679,7; а в 2015 г. – 2775,1 (показатель увеличился в 2,33 раза). Данный показатель в возрастной группе 15 лет и старше в 2005 г. составлял 584,4; в 2010 г. – 1019,6, в 2013 г. – 1317,6, в 2014 г. – 1410,6, а в 2015 г. – 1515,0 (показатель увеличился 2,59 раза). Распространенности ЛОР-патологии в динамике имеет региональные особенности. Так, в возрастной группе 18 лет и выше показатель впервые выявленной заболеваемости был высок в Ереване, в Лорийском, Ширакском и Арагацотнском марзах соответственно – 1142,4; 1278,7; 1186,8 и 1177,8 на 100 000 населения.

Среди подростков (15–17 лет) показатель был высок в Вайоц Дзорском, Лорийском и Араратском марзах, составляя соответственно – 3578,9; 3440,5; 3063,0 на 100 000 населения данного возраста. В возрастной группе до 14 лет показатель был высок в Лорийском и Ширакском марзах, соответственно – 4239,6 и 3115,7 на 100 000 населения данного возраста. Несмотря на рост впервые выявленной заболеваемости и распространенности заболевания, обеспеченность населения РА узкими ЛОР-специалистами не изменилось (средний показатель 0,8 на 10 000 населения).

Таким образом, основные показатели ЛОР-заболеваемости имеют возрастные и региональные особенности.

УДК 616.831-002.3-02.3-02:616.28+616.216-073.756.8

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОТО- И РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Нехаева Е. А., Пискунов И. С., Пискунов В. С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305007, г. Курск, Россия

PRACTICE OF COMPLEX RADIOLOGIC DIAGNOSTICS OF INTRACRANIAL AND OTO- RINOSINUSOGENIC COMPLICATIONS

Nekhaeva E. A., Piskunov I. S., Piskunov V. S.

Kursk State Medical University of Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia

Проблема воспалительных заболеваний ЦНС, являющихся осложнением острых и хронических процессов в ЛОРорганах, определяется их доминирующим положением среди причин летальных исходов. Неблагоприятные исходы обусловлены скудностью клинических проявлений, поздней диагностикой, изменением характера возбудителя на фоне глубоких, не поддающихся коррекции сдвигов гомеостаза, а также недостаточно адекватным применением КТ (компьютерной томографии) и МРТ (магнитно-резонансной томографии) в диагностике и динамическом контроле течения патологического процесса.

Пациенты и методы исследования. В целях оценки эффективности лучевых методов диагностики, а именно МРТ и КТ, нами был проведен анализ результатов обследования 37 пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении Курской областной клинической больницы в 2006–2015 гг. Выполнялись СКТ и МРТ околоносовых пазух и головного мозга с использованием компьютерных томографов Hi Speed NXI и Light Speed VCT в аксиальной и, при возможности, в коронарной проекциях и магнитно-резонансных томографов Signa Ovatio и Signa Profile в аксиальной, сагиттальной и коронарной проекциях. Просмотр и анализ изображений проводились с использованием программы просмотра RadiAnt DICOM Viewer. При необходимости исследование дополняли внутривенным контрастным усилением.

Возраст пациентов исследуемой группы составлял от 15 до 78 лет, мужчин было 22 (59,5%), женщин – 15 (40,5%). Внутривенное контрастирование при выполнении КТ у 13 пациентов (35,1%) было выполнено препаратом омнипак, у 4 пациентов при выполнении МРТ (10,8%) – препаратом магневист.

Причиной патологии мозга служило поражение околоносовых пазух и структур среднего уха. Из них у 13 больных (35,1%) были выявлены изменения полости носа и околоносовых пазух, у 24 (64,9%) больных – воспалительные изменения среднего уха и ячеек сосцевидного отростка височной кости. В одном случае у больного с острым мастоидитом отмечалось формирование натечного абсцесса в прилежащих мягких тканях.

В структуре внутричерепных изменений преобладало поражение вещества головного мозга различной степени выраженности. Такие изменения были обнаружены у 20 человек (54%). Из них у 7 пациентов (35%) диагностирован абсцесс, у 13 (60%) – энцефалит. Из этой группы больных у 10 (50%) выявились признаки вовлечения в процесс оболочек вещества головного мозга (менингоэнцефалит) и эпендимы желудочков (вентрикулит). Изолированные воспалительные изменения мозговых оболочек наблюдались у 12 человек (32,5%). Экстрадуральное скопление воспалительного экссудата относительно твердой мозговой оболочки определилось у 3 человек (17,6%), интрадуральное — у 2 (11,8%), поражение мягкой мозговой оболочки обнаружено у 7 человек (41,1%). У 5 больных (13,5%) обнаружились признаки тромбозов синусов и мозговых вен.

При внутривенном контрастировании препаратом омнипак при выполнении СКТ у 4 (30,8%) пациентов выявились признаки лептоменингита, у 4 (30,8%) – абсцессы мозга, у 2 (15,2%) – признаки энцефалита, у 3 (23,2%) человек – нарушения венозного оттока, достоверно не выявляемые при нативном сканировании.

При внутривенном контрастировании препаратом магневист при выполнении МРТ у 2 (50%) пациентов уточнили размеры абсцесса мозга и состояние его капсулы, у 2 (50%) человек выявили нарушения венозного оттока.

Выводы. Применение методов нейровизуализации у больных с ото- и риносинусогенными внутричерепными осложнениями (ВЧО) и ОСО должно основываться на оценке клинической симптоматики, и в первую очередь должно выполняться при появлении у больного неврологических симптомов.

КТ позволяет изучить вариантную анатомию ЛОРорганов, визуализировать начальные признаки костной деструкции, оценить их распространенность и признаки изменения вещества головного мозга. МРТ является дополнительным методом диагностики ВЧО и ОСО, так как не позволяет оценить состояние костных структур, но имеет высокую чувствительность к выявлению изменений вещества мозга, особенно на ранних этапах их развития.

В затруднительных диагностических случаях необходимо использовать методы нейровизуализации (КТ или МРТ) с внутривенным контрастным усилением.

УДК 616.211+616.24-008.4-073

ЦЕЛЕВАЯ ДЕТЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Сидоренко Д. Р., Терскова Н. В., Вахрушев С. Г.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, 664003, г. Красноярск, Россия

TARGET DETECTION OF RESPIRATORY DISORDERS

Sidorenko D. R., Terskova N. V., Vakhrushev S. G.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky" under Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, Russia

В связи с широким внедрением объективных методов функциональной диагностики врачи-оториноларингологи имеют возможность детектировать нарушения функции дыхания на уровне верхних дыхательных путей. Однако важно для получения запланированного результата четко понимать цель исследования. Целевая детекция респираторных нарушений подразумевает как подтверждение факта нарушения, так и детекцию маркеров неблагоприятного прогноза этих нарушений, а также установление ведущего компонента при наличии апноэ/гипопноэ.

Цель исследования. Проанализировать результаты респираторного, кардиореспираторного мониторинга (КРМ) и полисомнографии (ПСГ) для выявления маркеров неблагоприятного течения респираторных нарушений.

Материалы и методы исследования. Анализ проведен на базе Университетской клиники КрасГМУ на основании 800 амбулаторных карт пациентов, обратившихся к оториноларингологу в течение 2013–2016 гг. Консолидированно с сомнологом и неврологом проанализировано 500 амбулаторных карт пациентов. Для диагностики респираторных нарушений применяли респираторный мониторинг, КРМ и ПСГ. Респираторный мониторинг использовали как скрининговый метод детекции общих нарушений дыхательной системы. Однако этот метод не позволял выделить удельный вес центрального или обструктивного компонента, а также суммировал показатели сатурации и частоты сердечных сокращений (ЧСС). КРМ применялся для уточнения характера апноэ/гипопноэ, степени тяжести, детализацию по сатурации и ЧСС и определения риска развития транзиторных нарушений сердечного ритма, ассоциированного с респираторными событиями сна. В целом КРМ необходимо и можно использовать как объективный расширенный метод обследования детекции респираторных нарушений в оториноларингологии. В то же время КРМ не позволяет определить структуру стадийности сна. В таких случаях показано проведение ПСГ, которое способно детектировать различные патологические состояния, этиологически взаимосвязанные с нарушенной функцией дыхания. В структуре обследованных детей применение респираторного мониторинга составило 81% (405 амбулаторных карт). Проведение КРМ составило 70% (300 амбулаторных карт). В данную группу входили те пациенты, которым сразу вынесено показание к расширенному мониторингу или, по результатам респираторного мониторинга нуждались в проведении КРМ. В проведении ПСГ сразу нуждались10% (50 амбулаторных карт). В основном обследование проводилось в детской группе (до 18 лет) с заболеваниями ЛОРорганов, а именно хроническими болезнями миндалин. По результа-

там анализа 500 амбулаторных карт, были получены маркеры, крайне значимые для внедрения в практическое здравоохранение.

Выводы. На сегодняшний день широкое внедрение методов объективизации позволяет врачу-оториноларингологу с участием сомнолога и без участия данного специалиста интерпретировать результаты данные обследования.

Данный метод дает возможность принятия решения тактического и стратегического характера, особенно в трудных респираторных случаях.

УДК 616.831-002.3-02:616.28+616.216-08:614.2

КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТО- И РИНОСИНУСОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Тузиков Н. А.[1], Кривопалов А. А.[2], Шарданов З. Н.[3], Артюшкин С. А.[3]

[1] ГБУЗ «Городская поликлиника № 30», 197110, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

[3] ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

CLINICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF HEALTH CARE OF PATIENTS WITH OTOGENIC AND RINOSINUSOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS

Tuzikov N. A.[1], Krivopalov A. A.[2], Shardanov Z. N.[3], Artyushkin S. A.[3]

[1] Polyclinic N 30, Saint Petersburg, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[3] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Рост частоты встречаемости ото- и риносинусогенных гнойно-воспалительных внутричерепных осложнений (ВЧО) в многопрофильных стационарах нашей страны, а также высокий уровень больничной летальности при данной патологии определяют актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Изучение клинических и организационных аспектов оказания медицинской помощи больным с ото- и риносинусогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями на первичном и специализированном этапах.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы клинические случаи 303 пациентов, 199 мужчин и 104 женщины, в возрасте от 15 до 85 лет (39,3±17,4 года), у которых была диагностирована очаговая патология ЛОРорганов, осложненная развитием гнойно-воспалительных внутричерепных заболеваний. В исследование были включены клинические, медико-организационные и другие данные, относящиеся к периоду от появления общемозговой симптоматики до момента поступления в многопрофильный стационар.

Результаты исследования. Место проживания пациента имеет важнейшее значение при оказании специализированной медицинской помощи. Важной географической характеристикой множества регионов нашей страны являются большая площадь территории, низкая плотность населения, сложность транспортных связей. Организация медицинской помощи в условиях сельской местности имеет существенные особенности как в организационном плане, так и в материально-технической и кадровой базе районных амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждений. По данным

настоящего исследования, пациентов с ото- и риносинусогенными ВЧО – жителей сельских населенных пунктов – было 209 (68,98%) человек – в 2,22 раза больше, чем городских жителей – 94 (31,02%) человек. В группе пациентов расстояние от места поселения до областного (краевого) центра, где проводился основной этап лечения, в 176 (84,27%) случаев составляло более 100 км.

До развития симптомов ото- и риносинусогенного гнойно-воспалительного внутричерепного заболевания только 32 (10,56%) пациента (жители села – 28/13,4%, городские жители – 4/4,26%) находились под наблюдением ЛОР-специалистов. Этим больным ранее были проведены курсы амбулаторного, стационарного лечения, хирургические операции на ЛОРорганах. На момент появления клинической симптоматики 31 (10,23%) пациент (село – 21/10,05%, город – 10/10,64%) находились на лечении у врача-оториноларинголога. При подозрении на ВЧО все городские ЛОР-специалисты экстренно направили больных для госпитализации. Лишь в 3 (1,44%) случаях пациенты, проживающие на селе, были направлены для оказания неотложной помощи.

Поступили и были госпитализированы в районные стационары 129 человек (село – 100/47,85%, город – 29/30,85%), при этом на оториноларингологических койках были пролечены только 30 (9,90%) больных (село – 23/11,00%; город – 7/7,45%). На стационарных койках иного профиля (неврологических, койках инфекционных стационаров, хирургических, терапевтических и др.) находились на лечении 99 (32,67%) больных, из них только 52 (17,16%) человека были проконсультированы оториноларингологом. Особо стоит отметить группу пациентов – 23/7,59% человек (село – 9/31,00%, город – 14/14,89%), поступающих в районные и городские стационары с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения. Все эти больные были доставлены в специализированные регионарные сосудистые центры, где после дообследования и консультации ЛОР-специалиста был установлен клинический диагноз.

В общей сложности у больных с отогенными и риносинусогенными внутричерепными осложнениями продолжительность оказания первичной и специализированной медицинской помощи (до момента поступления в областной или краевой многопрофильный стационар по месту основного лечения) составила от 2 до 28 дней, в среднем 2,8 дня. Такая существенная задержка в оказании неотложной оториноларингологической и нейрохирургической помощи отразилась на состоянии больных, поступающих в многопрофильные стационары с данной патологией. В тяжелом и крайне тяжелом состоянии поступили 268 (88,45%) больных, сепсис-синдром был выявлен у 113 (37,29%) больных, тяжелый сепсис – у 63 (20,79%) пациентов, в том числе в состоянии септического шока поступили 6 (1,98%) человек. В многопрофильных стационарах летальный исход был констатирован в 46 (15,32%) клинических случаях, в том числе у 4 (1,32%) больных неблагоприятный исход наступил менее чем через 24 ч от поступления (досуточная летальность).

Выводы. Сложность первичной диагностики ото- и риносинусогенных гнойно-воспалительных внутричерепных осложнений, клинические и организационные погрешности ведения больных обусловили существенную задержку в оказании специализированной оториноларингологической и нейрохирургической помощи больным, ухудшение исходов лечения.

Необходимы оптимизация первичной дифференциальной диагностики при подозрении на ото- и риносинусогенные внутричерепные осложнения, создание клинико-тактического алгоритма догоспитального этапа оказания медицинской помощи.

УДК 616.21: 611-018.73: 575.172.1

ОЦЕНКА ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА БЕТА-ДЕФЕНСИНА-2 ЧЕЛОВЕКА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Тырнова Е. В.[1], Алешина Г. М.[2], Янов Ю. К.[1], Кокряков В. Н.[2]

[1] ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины» РАН, 197376, Санкт-Петербург, Россия

ESTIMATION OF HUMAN BETA-DEFENSIN-2 GENE EPITHELIAL EXPRESSION IN THE UPPER AIRWAY MUCOSA

Tyrnova E. V.[1], Aleshina G. M.[2], Yanov Yu. K.[1], Kokryakov V. N.[2]

[1] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[2] Institute of Experimental Medicine of Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russia

Воспалительные процессы верхних дыхательных путей – наиболее широко распространенные заболевания, в большинстве случаев связанные с персистенцией бактериальной инфекции, выраженным воспалительным компонентом и нарушением иммунного ответа. В последние годы сложилось представление об эпителиальных клетках слизистых оболочек как о реактивном барьере, который, сочетая в себе диалектику системы мишень–эффектор, принимает деятельное участие в реакциях, контролирующих мукозальный гомеостаз [Маянский А. Н., 2004]. Находясь «под прицелом» экзогенных и эндогенных стимулов, эпителиоциты слизистых оболочек способны изменять свой функциональный статус, включаясь в формирование порочных кругов, поддерживающих хроническую патологию респираторного тракта.

Важную роль в поддержании барьерной функции респираторного эпителия играют эндогенные антибиотические пептиды. Дефенсины и другие антимикробные пептиды рассматриваются в качестве эндогенных антибиотиков широкого спектра действия [Кокряков В. Н., 2016]. Бета-дефенсин-2 человека [human beta-defensin (hBD)-2] – антимикробный пептид, продуцируемый большим числом эпителиальных клеток, рассматривается в качестве ключевого элемента защитных механизмов врожденного иммунитета [Chen P., 2004].

hBD-2 обладает множественной биологической активностью:

– in vitro продемонстрирована микробоцидная активность;

– хемотаксическое действие, опосредованное взаимодействием с рецептором CCR6 тучных клеток, Т клеток памяти CD45RO и Т лимфоцитов CD8+, незрелых дендритных клеток;

– активация дендритных клеток посредством связывания с Toll-подобным рецептором TLR4;

– стимуляция миграции и дегрануляции тучных клеток и секреции из них гистамина;

– индукция продукции цитокинов и простагландинов;

– in vivo доказано участие hBD-2 в усилении антиген-специфических гуморальных и клеточных иммунных реакций;

– поддержание резистентности к бактериальной инвазии [Yang D., 2004; Кокряков В. Н., 2006; Doss M., 2010], что свидетельствует об участии пептида как во врожденном, так и в адаптивном антимикробном иммунитете.

Цель исследования. Оценить экспрессию гена бета-дефенсина-2 человека на основе определения мРНК в поверхностном эпителии слизистой оболочки верхних дыхательных путей больных хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух, носоглотки, среднего уха и гортани для уточнения его роли в патогенетических механизмах возникновения хронического воспаления при заболеваниях ЛОРорганов.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили 210 образцов слизистой оболочки верхних дыхательных путей, полученных от 201 больного во время хирургического вмешательства в условиях общей анестезии. Образцы тканей немедленно помещали в стабилизирующий раствор RNAlater. Исследованы различные виды эпителия:

– респираторный эпителий средних носовых раковин (нормальный);

– нижних носовых раковин при искривлении перегородки носа (контроль) и гипертрофическом рините;

– аденоидов при гипертрофии аденоидов и при гипертрофии аденоидов и небных миндалин;

– полипов носа;

– слизистой оболочки верхнечелюстных пазух, полипов верхнечелюстных пазух, полипов среднего носового хода и решетчатого лабиринта;

– слизистой оболочки среднего уха (барабанной полости при хроническом среднем отите, при холестеатоме, при тимпаносклерозе, при отосклерозе; мастоидальной полости);

– слизистой оболочки гортани (при фиброзно-сосудистых полипах, папилломатозе, узелках гортани);

– тонзиллярный эпителий при хроническом декомпенсированном тонзиллите (ХТ) и гипертрофии небных миндалин (ГНМ).

Молекулярно-генетические исследования включали:

– выделение общей РНК из помещенного в стабилизирующий раствор RNAlater операционного материала, включающего поверхностный эпителий, согласно протоколу Gen Elute Mammalian Total RNA Miniprep Kit и On-Colum DNase I Digestion Set;

– синтез первой цепи комплементарной ДНК в реакции обратной транскрипции с использованием ревертазы M-MLV в присутствии oligo(dT) и dNTPs;

– амплификацию с использованием специфических праймеров и реактивов iQTM SYBR Green Supermix методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с помощью системы детекции продуктов ПЦР в реальном времени CFX96 Touch™ и программного обеспечения CFX Manager™; версия 2.1; уровень экспрессии мРНК стандартизировали относительно экспрессии гена бета-актина человека (housekeeping gene).

Индуцибельная экспрессия гена бета-дефенсина-2 человека в исследованных образцах варьировала в зависимости от типа ткани и нозологической формы. В поверхностном эпителии слизистой оболочки полипов верхнечелюстной пазухи экспрессия мРНК hBD-2 не детектирована. В других образцах слизистой оболочки носа и околоносовых пазух очень низкая экспрессия выявлена в 15,38–38,46% случаев. Экспрессия гена hBD-2 детектирована во всех случаях в тканях с высоким бактериальным обсеменением (небные миндалины при ХТ и ГНМ, гипертрофированные аденоиды) и слизистой оболочке гортани при фиброзно-сосудистых полипах, часто встречалась при хроническом среднем отите (38,46% образцов), особенно при наличии холестеатомы (61,54%), при других заболеваниях гортани (55,56%). В пределах анатомической области «среднее ухо» частота детекции экспрессии мРНК hBD-2 в слизистой оболочке барабанной полости при тимпаносклерозе (7,69%) ниже, чем в контрольных тканях.

Установленные достоверные различия уровней экспрессии мРНК hBD-2 в исследованных тканях, по-видимому, обусловлены в первую очередь анатомическими функциональными областями (нос и околоносовые пазухи, аденоиды, небные миндалины, среднее ухо, гортань) и, в меньшей степени характером патологического процесса. В пределах анатомической области статистически достоверные различия экспрессии гена hBD-2 обнаружены в полости среднего уха и гортани при различных нозологических формах.

Таким образом, в условиях планового хирургического лечения детекция экспрессии индуцибельного гена hBD-2 в контрольных тканях нижних носовых раковин при искривлении перегородки носа и полученной попутно в ходе операций здоровой ткани слизистой оболочки среднего носового хода (15,38–23,08% образцов) свидетельствует о постоянном напряжении эффекторных ресурсов воспаления и иммунитета, сбалансированность которых в сочетании с мукозальным микробиоценозом в норме создает относительную толерантность к нормальной микробиоте, обеспечивающей физиологический характер перманентного воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Эпителиоциты занимают ключевую позицию во взаимоотношениях с облигатными и факультативными микроорганизмами респираторного тракта. Количественное и качественное разнообразие микробных видов, населяющих верхние дыхательные пути, требует постоянного напряжения эффекторных ресурсов воспаления и иммунитета. При ослаблении механизмов контроля мукозального гомеостаза раздражитель становится патогенетически значимым, соответственно, компенсаторная реакция трансформируется в патологию.

УДК 617.52/.53:616.5-006-089.844

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Чойнзонов Е. Л.[1,2], Кульбакин Д. Е.[1,3], Гарбуков Е. Ю.[1], Мухамедов М. Р.[1,2]

[1] ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр» Российской академии наук, 634009, г. Томск, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск, Россия

[3] ФГБНУ «Национальный исследовательский Томский государственный университет», 634050, г. Томск, Россия

MODERN PRINCIPLES OF RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED HEAD AND NECK TUMORS

Choinzonov E. L.[1,2], Kul'bakin D. E.[1,3], Garbukov E. Yu.[1], Mukhamedov M. R.[1,2]

[1] Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

[2] Siberian State Medical University the Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russia

[3] National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Хирургический метод остается основным в лечении опухолей головы и шеи. Однако возможности стандартных оперативных вмешательств достигли своего предела из-за преобладания больных с распространенными стадиями опухолевого процесса. Современные требования к хирургическому этапу предполагают наряду с выполнением радикальной операции восстановление утраченных структур с достижением полноценных функциональных и эстетических результатов.

Пациенты и методы исследования. В отделении опухолей головы и шеи Томского НИИ онкологии с 2008 по 2014 г. выполнено 79 реконструктивных операций. Все пациенты имели местно-распространенный опухолевый процесс: Т3 – 39; Т4 – 40. По полу больные распределились следующим образом: женщин – 19; мужчин – 60. Распределение по локализациям дефектов, требующих реконструкции: полость рта – 36 случаев; кожа (в том числе и дефекты нижней губы) – 19 случаев; верхняя челюсть – 13 случаев; гортань – 5 случаев; глотка – 6 случаев. В качестве реконструктивного материала использовались свободные реваскуляризированные лоскуты (91%) и перемещенные лоскуты на ножке (9%). В качестве свободных реваскуляризированных лоскутов использовались: костно-кожный малоберцовый лоскут – 20; кожно-фасциальный лоскут с переднебоковой поверхности бедра – 19; лучевой лоскут – 18; кожно-мышечный торакодорзальный лоскут – 6; мышечный лоскут из прямой мышцы живота – 5; лоскут из большого сальника – 2; костный лоскут из гребня подвздошной кости – 1; кожно-костный лопаточный лоскут – 1.

Также нами использовались перемещенные лоскуты на сосудистой ножке: кожно-мышечный пекторальный лоскут – 5; кожно-фасциальный лоскут на поверхностной височной артерии – 1; подбородочный лоскут – 1.

В 14 случаях для восстановления опорной и каркасной функции реконструируемой области нами использовались имплантаты (за исключением фиксирующих титановых пластин) на основе титана и никелида титана. Для более точного планирования реконструкции костных структур челюстно-лицевой области нами использовались стереолитические 3D-модели черепа пациента, полученные на основании данных предоперационной компьютерной томографии.

Результаты. В большинстве случаев достигнуты хорошие функциональные результаты (85%). Полный некроз лоскута отмечен в 12 случаях (15%). В большинстве случаев был отмечен некроз малоберцового лоскута (8 случаев – 10%) ввиду формирования оросвищей и затекания слюны в область микрососудистых анастомозов. В 22% отмечены осложнения в области реконструкции: воспаление в зоне реконструкции – 6; краевой некроз – 5; кровотечение – 1. Чаще воспалительные осложнения отмечались при использовании металлических имплантатов (6 %), которые впоследствии привели к краевому не-

крозу лоскута или формированию свищевых ходов. Описанные осложнения купированы путем консервативных мероприятий.

Выводы. Реконструктивные операции улучшают функциональные результаты и качество жизни прооперированных пациентов.

Реконструктивный этап радикального хирургического лечения способствует полноценной социальной реабилитации пациентов с опухолями головы и шеи.

Для уменьшения послеоперационных осложнений при выполнении реконструктивных операций необходим выбор адекватного реконструктивного материала.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 16-15-00038).

УДК 616.831-002.3-02:616.28+616.216-036.3

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТОГЕННЫМИ И РИНОСИНУСОГЕННЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Шаталов В. А., Кривопалов А. А., Шервашидзе С. В., Зайченко С. С., Тузиков Н. А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF CLINICAL PATHWAYS OF CARE OF PATIENTS WITH PURULENT OTOGENNYH AND RINOSINUSOGENNYMI INFLAMMATORY INTRACRANIAL COMPLICATIONS

Shatalov V. A., Krivopalov A. A., Shervashidze S. V., Zaichenko S. S., Tuzikov N. A.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Оториносинусогенные гнойно-воспалительные и внутричерепные осложнения (ВЧО) до настоящего времени являются актуальной проблемой оториноларингологии. По данным главных специалистов-оториноларингологов 34 субъектов Российской Федерации, средний показатель летальности при отогенных и риносинусогенных ВЧО составил 21%. Высокий уровень летальности при оториносинусогенных гнойно-воспалительных и внутричерепных осложнениях обусловлен общей тяжестью состояния больных при госпитализации, синдромом системного воспалительного ответа и интоксикационным и очаговым поражением головного мозга.

Цель исследования. Анализ эффективности дифференцированного подхода к диагностике и лечению больных с оториносинусогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями и сепсисом с использованием комплексного алгоритма.

Материал и методы исследования. Был выполнен ретроспективный анализ 303 законченных клинических случаев лечения пациентов, пролеченных в связи с патологий ЛОРорганов, осложненной гнойно-воспалительными внутричерепными заболеваниями и сепсисом, на базе многопрофильных стационаров субъектов РФ за период 2000–2014 гг. Всего под наблюдением находились 199 мужчин и 104 женщины в возрасте от 15 до 85 лет. Тяжесть общего состояния пациентов при поступлении оценивалась с использованием общепринятых критериев: удовлетворительной, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое; с применением шкал интегральной оценки SOFA и APACHE II. На основании комплексной оценки тяжести определялась тактика ведения больного. Разработан комплексный алгоритм ведения больного в условиях многопрофильного стационара, включающий:

– диагностику синдрома системной воспалительной реакции на основе шкал SOFA и APACHE II;

– определение тактики интенсивной терапии;

– экстренную санацию очагов инфекции ЛОРорганов;

– дифференцированный подход к хирургическому лечению гнойно-воспалительных внутричерепных заболеваний;

– раннюю реабилитацию в условиях ЛОР-, либо нейрохирургического отделения.

Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием методов описательной и аналитической статистики.

Результаты исследования. У 87% поступивших в стационары больных были констатированы тяжелое и крайне тяжелое состояния. По результатам комплексной оценки общей тяжести состояния по шкале APACHE II у 84% поступивших больных имел место высокий риск развития тяжелого сепсиса (>2 баллов по шкале APACHE II). При оценке у поступивших пациентов степени органосистемных нарушений по шкале SOFA высокая угроза развития тяжелого сепсиса была выявлена у 86% пациентов (SOFA >0). Мы применили разработанный комплексный алгоритм в процессе оказания медицинской помощи 81 (26,7%) больному с ото- и риносинусогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями. Без использования настоящего алгоритма было проведено лечение 222 (73,3%) пациентов. По возрастным и клиническим характеристикам группы больных были полностью репрезентативны. Тяжесть инфекционно-воспалительного поражения головного мозга и уровень нарушения сознания при поступлении у больных с применением нашего алгоритма были более выражены в сравнении с остальными пролеченными пациентами. Применение комплексного алгоритма способствовало снижению частоты развития неврологического дефицита у больных и способствовало четырехкратному снижению больничной летальности. Множественный логистический регрессионный анализ эффективности применения разработанного клинического алгоритма показал статистически значимое снижение вероятности развития постоянного неврологического дефицита у пролеченных больных на 57% и вероятности наступления летального исхода – на 85%.

Заключение. Таким образом, разработанный лечебно-тактический алгоритм ведения больных с отогенными и риносинусогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями в уровнях многопрофильного стационара имеет клиническую эффективность, доказанную современными методами статистического анализа, и может быть рекомендован для широкого применения в практическом здравоохранении.

УДК 616.831-002.3-02:616.281+616.216:576.8.073.3

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОТЫ ПАЦИЕНТОВ С ОТОГЕННЫМИ И РИНОСИНУСОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Шервашидзе С. В., Кривопалов А. А., Шаталов В. А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

CHARACTERIZATION OF THE PATIENT'S WITH OTOGENNY AND RHINOSINUSOGENIC INTRACRANIAL PYO-INFLAMMATORY COMPLICATIONS MICROBIOTA

Shervashidze S. V., Krivopalov A. A., Shatalov V. A.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Лечение пациентов с воспалительной патологией верхних дыхательных путей и уха как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара является одной из актуальнейших проблем оториноларингологии. Значительно осложняет ситуацию высокая устойчивость микроорганизмов к наиболее часто используемым антибактериальным препаратам.

Цель исследования. Изучение особенностей микробиоты пациентов с ото- и риносинусогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями на современном этапе.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 303 историй болезни пациентов с ото- и риносинусогенными гнойно-септическими и внутричерепными осложнениями (ВЧО) и сепсисом, находившихся на лечении в многопрофильных стационарах Санкт-Петербурга, Красноярска, Иркутска, Курска, Челябинска. Под наблюдением находились 199 (65,6%) мужчин и 104 (34,4%) женщины в возрасте от 14 до 80 лет (средний возраст 39,22±17,19), оперированных по поводу ото- и риносинусогенных ВЧО за период 2000–2014 гг.

Результаты. Микробный пейзаж очага инфекции ЛОРорганов, головного мозга, ликвора у пациентов с ото- и риносинусогенными внутричерепными осложнениями был представлен полимикробной флорой и включал как условно-патогенные микроорганизмы, так и внутрибольничные абсолютные патогены, доля выделенной условно-патогенной флоры составила 71%, внутрибольничная микрофлора составила 29%. Наибольшую долю среди условно-патогенных микроорганизмов составил *Staphylococcus epidermidis* – 26%, на втором месте оказались *Enterococcus* – 14,4%, *Staphylococcus haemolyticus* – 12,3%, на долю *Staphylococcus aureus* пришлось 8,9%, *Streptococcus pneumoniae* – 6%, *Streptococcus pyogenes* – 3,3%, грамположительных палочек – 3,42%, *Staphylococcus saprophyticus* – 2%. Грамотрицательные энтеробактерии (*Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Enterobacter, E. coli, Klebsiella pneumoniae*) составили 22,6% от всех обнаруженных условно-патогенных микроорганизмов. Выделенная внутрибольничная микрофлора была представлена грамположительными MRSA (46,15%) и MRSE (11,54%). Представителями грамотрицательной внутрибольничной микрофлоры в наших исследованиях выступили *Ps. auerоginosa* (26,92%) и *Acinetobacter baumannii* (15,37%). Результаты изучения чувствительности к антимикробным препаратам различного механизма действия свидетельствуют, что культуры как грамотрицательных, так и грамположительных микроорганизмов, представителей условно патогенной микрофлоры, высокочувствительны к цефалоспоринам IV поколения, ванкомицину, линезолиду, амикацину. Микроорганизмы, относящиеся к внутрибольничным патогенам, продемонстрировали стойкую резистентность к β-лактамным антибактериальным препаратам, цефалоспоринам, фторхинолонам, были чувствительны к имипенему, меропенему и цефоперазону/сульбактаму. Таким образом, на основании результатов культуральных исследований при проведении эмпирической антибактериальной терапии в стартовую схему лечения целесообразно включать карбапенемы в сочетании с амикацином и метронидазолом. При госпитальном инфицировании MRSA, MRSE показано назначение линезолида или ванкомицина. При выявлении энтеробактерий при бактериологическом исследовании показано назначение цефалоспоринов IV поколения (цефепим) или V поколения (цефтаролин). При выявлении госпитальных штаммов *Acinetobacter baumannii* в схему антибактериальной терапии включают цефоперазон/сульбактам.

Выводы. Наши исследования могут послужить основой для создания рекомендаций по проведению как эмпирической, так и этиотропной антибактериальной терапии у пациентов с ото- и риносинусогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями и сепсисом.

УДК 616.327.2-007.61-092:577.334

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Абдулкеримов Х. Т., Колесникова А. В., Карташова К. И., Абдулкеримов З. Х.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург, Россия

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE INDICATORS OF THE ANTIOXIDANT STATUS IN PATIENTS WITH HYPERTROPHY OF THE NASOPHARYNGEAL TONSIL

Abdulkerimov Kh. T., Kolesnikova A. V., Kartashova K. I., Abdulkerimov Z. Kh.

Ural State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg, Russia

Как известно, пусковым механизмом хронического воспаления является оксидативный стресс. При этом дисбаланс в системе оксидант–антиоксидант признается одним из основных механизмов нарушения репарации на фоне повышенного повреждения тканей. А сам патологический процесс развивается под воздействием аэрополлютантов, персистенции и реактивации вирусно-бактериальных ассоциаций, что приводит к повышенному образованию свободных радикалов, которые вызывают повреждение рецепторного аппарата, разрушение мембран, изменение ферментативной активности.

Пациенты и методы исследования. Нами проведено обследование пациентов с диагнозом хронический аденоидит и гипертрофия носоглоточной миндалины II–III степени. В исследование включено 148 пациентов, 49 из которых были условно здоровыми детьми, 50 пациентов получали консервативное лечение на амбулаторном этапе и 49 пациентов поступили на оперативное лечение в оториноларингологическое отделение.

В объем обследования входили: сбор анамнеза и жалоб, осмотр ЛОРорганов с помощью эндоскопического оборудования, оценка состояния слуховой трубы с помощью отоскопии и тимпанометрии, риноманометрия, заполнение родителями ВАШ нарушения носового дыхания, исследование антиоксидантной активности кожи, сыворотки крови у всех пациентов, а также исследование антиоксидантной активности удаленной ткани носоглоточной миндалины у прооперированных пациентов.

При проведении сравнительного анализа мы выявили умеренную корреляционную связь между показателями антиоксидантной активности удаленной ткани носоглоточной миндалины и антиоксидантной активностью кожи (коэффициент корреляции Пирсона – 0,347), а также высокую корреляционную связь с антиоксидантной активностью сыворотки крови (коэффициент корреляции Пирсона – 0,946).

Кроме этого, по результатам исследования отмечено, что имеется умеренная положительная корреляционная связь между показателями антиоксидантной активности кожи и сыворотки крови (коэффициент корреляции Пирсона – 0,385).

По данным 148 наблюдений выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь между показателями степени увеличения носоглоточной миндалины и антиоксидантной активности сыворотки крови (коэффициент ранговой корреляции Кенделла –0,355) и значимая отрицательная корреляционная связь между тем же показателем и антиоксидантной активностью кожи (коэффициент ранговой корреляции Кенделла –0,554). То есть меньшему показателю антиоксидатной активности кожи и сыворотки крови соответствует более высокая степень увеличения носоглоточной миндалины, что подтверждает значимость гипоксии при данной патологии.

При проведении регрессионного анализа мы выявили тот факт, что показатель визуально-аналоговой шкалы нарушения носового дыхания и результат антиоксидантной активности кожи являются статистически значимыми предикторами

степени увеличения носоглоточной миндалины. То есть с увеличением степени носоглоточной миндалины увеличивается балл ВАШ затруднения носового дыхания, а с увеличением степени носоглоточной миндалины уменьшается антиоксидантная активность кожи.

Таким образом, по результатам проведенного анализа мы можем сделать следующие выводы:

1) имеются умеренная достоверная корреляционная связь между антиоксидантной активностью ткани носоглоточной миндалины и антиоксидантной активностью кожи и высокая положительная корреляционная связь с показателями антиоксидантной активности сыворотки крови;

2) выявлена умеренная положительная корреляционная связь между показателями антиоксидантной активности кожи и антиоксидантной активностью сыворотки крови.

3) выявлены умеренная отрицательная корреляционная связь между степенью увеличения носоглоточной миндалины и показателями антиоксидантной активности сыворотки крови, а также заметная отрицательная связь с антиоксидантной активностью кожи.

УДК 616.211/.232-053.1-073

МЕТА-АНАЛИЗ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Алексеева Л. Б., Павлов П. В., Захарова М. Л.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, Санкт-Петербург, Россия

A META-ANALYSIS OF PRENATAL DIAGNOSIS OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE AIRWAYS

Alekseeva L. B., Pavlov P. V., Zakharova M. L.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Saint Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В 2010 г. Всемирная ассамблея здравоохранения опубликовала доклад о врожденных пороках развития. Были разработаны и внедрены национальные программы по профилактике и медицинской помощи в случае врожденных пороков, осуществляемым до и после рождения. Врожденные пороки развития верхних дыхательных путей привели к смерти 128 человек на территории Российской Федерации в 2015 г. по данным сайта Российской статистики. К смерти таких больных приводят чаще всего дыхательная недостаточность после рождения и невозможность восстановления проходимости дыхательных путей. Помочь таким больным можно, если вовремя провести пренатальную диагностику и подготовить родильный зал к рождению такого ребенка за счет создания мультидисциплинарной команды, оснащенной необходимым оборудованием и техникой.

К пренатальной диагностике врожденных пороков развития верхних дыхательных путей необходимо отнести ультразвуковое исследование. Начиная с 17–23-й недели на УЗИ видны следующие признаки: гиперэхогенные легкие, расширение нижних дыхательных путей, уплощение диафрагмы. Такая УЗИ-картина характерна для синдрома врожденной обструкции верхних дыхательных путей или CHAOS (Congenital High Airway Obstruction Syndrome). При подозрении у доктора на выявление этих признаков рекомендованы дообследование, повторное УЗИ (возможно, с лучшим разрешением, 3D-УЗИ с видеофиксацией), МРТ плода, консультация генетика, динамическое наблюдение для установки диагноза, верификации порока развития и определения тактики ведения.

Цель исследования. На основании данных литературы определить эффективность пренатальной ультразвуковой диагностики врожденных пороков развития гортани, а также провести анализ собственных данных.

Материалы, пациенты и методы исследования. Проведен мета-анализ 15 статей, посвященных выявлению CHAOS с 1993 по 2014 г., в которых проанализирована патология, приводящая к развитию пренатальной обструкции верхних дыхательных путей.

Также произведено ретроспективное исследование данных пренатального УЗИ 30 пациентов, проходивших обследование и лечение в ЛОР-клинике СПбГПМУ с диагнозом врожденный порок развития гортани с 2013 по 2016 г.

Основными клиническими симптомами на момент поступления были: обструкция верхних дыхательных путей, инспираторный стридор, дисфония, дисфагия. У всех детей клинические проявления заболевания отмечались с рождения, что указывает на врожденную патологию развития. Ни в одном случае по данным УЗИ-обследования данных, свидительствующих о врожденном пороке развития выявлено не было.

Данные исследования говорят о низкой выявляемости либо даже об отсутствии пренатальной выявляемости врожденных пороков развития гортани и о необходимости усиления информирования врачей-оториноларингологов и врачей смежных специальностей для уменьшения инвалидизации рождающихся детей в контексте национальных программ по профилактике и медицинской помощи в случае врожденных пороков развития у новорожденных.

УДК 616.322-002.2-053.4:576.8.077.3

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Безрукова Е. В., Хмельницкая Н. М., Махмудов Р. Ч.

ФГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

FEATURES OF MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE TONSILS IN CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN

Bezrukova E. V., Khmel'nitskaya N. M., Makhmudov R. Ch.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Небные миндалины являются важным пограничным элементом единой системы иммуногенеза. Они участвуют в формировании как местных, так и системных иммунных реакций. Наиболее значимо их роль проявляется в период становления иммунной системы в детском возрасте. Несмотря на большое число исследований, вопросы патоморфогенеза небных миндалин с позиций иммуногенеза при хронических формах тонзиллита и гипертрофии небных миндалин без признаков воспаления остаются неразрешенными.

Цель исследования. Выявить морфологические особенности небных миндалин у детей, страдающих хроническим декомпенсированным тонзиллитом.

Пациенты и методы исследования. Нами изучены удаленные небные миндалины у 10 детей в период отсутствия обострения заболевания. Средний возраст детей составил 6,5 года (от 3,6 до 7 лет). Средняя длительность заболевания до момента операции составила 2,5 года. Всем пациентам был поставлен диагноз хронический декомпенсированный тонзиллит.

Удаленные небные миндалины фиксировали в 10% нейтральном формалине. Исследование небных миндалин проводилось на тонких парафиновых срезах. Использовалась окраска гематоксилин-эозин.

Результаты исследования. Макроскопически небные миндалины были размером от верхнего до нижнего полюса от 2 до 2,5 см. Имели расширенные и деформированные лакуны. Микроскопически лакуны были разветвлены, заполнены гомогенным содержимым. Лимфоидные элементы были представлены в небольшом количестве, встречались скопления микроорганизмов, слущенные клетки эпителия, незначительное количество нейтрофильных гранулоцитов. Эпителий, выстилающий лакуны, был истончен, местами сохранялось лишь 1–2 слоя клеток на фоне выраженной клеточной инфильтрации. Среди клеток преобладали лимфоидные и плазматические. Определялись очаговые разрастания соединительной ткани, преимущественно периваскулярно. В некоторых наблюдениях выявлялось обилие тучных клеток. Объем фоллику-

лярной лимфоидной ткани был преобладающим над межфолликулярной. Лимфоидные фолликулы в основном крупные с большим количеством макрофагов по всей площади светлого центра.

Таким образом, у детей, страдающих хроническим тонзиллитом, отмечается изменение соотношения фолликулярной и межфолликулярной лимфоидной ткани. Выраженное увеличение фолликулярной лимфоидной ткани вызвано повышенной бактериальной обсемененностью лакун и возможного доступа антигена через эпителий, что способствует активации как врожденного, так и адаптивного иммунитета.

Наличие тучных клеток свидетельствует о местной реакции небных миндалин на сенсибилизацию организма ребенка различными аллергенами. Следовательно, хроническое воспаление в ткани небных миндалин у детей сопровождается активными иммунологическими реакциями мукозального иммунитета.

УДК 616.215-007.251-053.2-072.1-089.168.1

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИИ ХОАН БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ СТЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Верезгов В. А., Павлов П. В., Бреусенко Д. В.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Россия, 194100, Санкт-Петербург

SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL HOANAL ATRESIA WITHOUT OF ENDONASAL STENTS

Verezgov V. A., Pavlov P. V., Breusenko D. V.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Saint Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с врожденной атрезией хоан. Обеспечение мер по профилактике рестенозирования.

Пациенты и методы исследования. За период с 2012 по 2017 г. в клинике отоларингологии СПБ ГПМУ было пролечено 8 пациентов с врожденной атрезией хоан, из них 5 мальчиков, 3 девочки. 6 пациентов имели одностороннюю атрезию хоаны, у 2 пациентов имелась двусторонняя атрезия хоан. Возраст варьировал от 3 до 14 лет. В 5 случаях наблюдалась полная костно-мембранозная атрезия, в 2 случаях – полная мембранозная атрезия, в 1 случае – полная костная атрезия. Всем пациентам выполнялась компьютерная томография околоносовых пазух и носоглотки, производилось эндоскопическое исследование полости носа, при наличии сопутствующей патологии – пациенты были консультированы профильными специалистами. Операции проводились через эндоназальный доступ под эндоскопическим контролем с применением риноинструментов, контактного лазера, шейверной системы. В 2 случаях (при односторонней мембранозной и двусторонней мембранозной атрезиях) нами была применена баллонная дилатация сформированного костно-эпителиального дефекта в области хоан, что позволило сократить время операции, получить более ровные края сформированной хоаны и уменьшить интраоперационную раневую поверхность.

Результаты исследования. Во всех случаях послеоперационный период протекал без постановки эндоназальных стентов. У всех пациентов было отмечено полное восстановление функции носового дыхания. Сроки наблюдения составили от 2 недель до 2 лет. Осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность госпитализации составила 14 дней.

Выводы. Данная серия клинических наблюдений показывает возможность получения состоятельного просвета хоан без постановки эндоназальных стентов в послеоперационном периоде, что также способствует исключению осложнений, связанных с ними.

Применение баллонной дилатации при хоанопластике показало себя как менее инвазивный, более быстрый хирургический метод восстановления просвета хоан.

УДК 616.28-008.1:616.98:578.825.12]-053.1

СЛУХОВЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Вихнина С. М.[1], Савенко И. В.[1], Бобошко М. Ю.[1,2]

[1] ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

HEARING IMPAIRMENTS IN CHILDREN WITH CONGENITAL CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Vikhnina S. M.[1], Savenko I. V.[1], Boboshko M. Yu.[1,2]

[1] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Врожденная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) – самая распространенная из установленных врожденных причин развития патологии плода и новорожденных инфекционного генеза. Среди большого разнообразия клинических проявлений ЦМВИ хроническая сенсоневральная тугоухость (ХСНТ) занимает одно из первых мест, обнаруживается у 10–15% инфицированных детей и составляет 15–21% среди всех случаев сенсоневральных слуховых потерь в детском возрасте. Симтоматические формы ЦМВИ, не превышая 10% от общего числа всех случаев внутриутробного инфицирования, обусловливают формирование ХСНТ у 30–40% пациентов, субклиническая форма – у 5–10%. Сроки реализации инфекционно-воспалительного процесса при ЦМВИ могут существенно отодвигаться, в связи с чем существует вероятность отсроченного развития ХСНТ вплоть до возраста 6 лет у детей с исходно сохранным слухом. Помимо периферических форм ХСНТ ЦМВИ может быть причиной формирования центральных слуховых расстройств (ЦСР). Внутриутробная ЦМВИ высоко ассоциирована с невынашиванием беременности, в то же время риск проявления ЦМВИ значительно возрастает при недоношенности. Следствием этого является частое сочетание ЦМВИ и недоношенности, что может способствовать усугублению слуховых нарушений.

Цель исследования. Определение структуры, частоты и сроков возникновения слуховой недостаточности у детей с врожденной ЦМВИ, в том числе при ее комбинации с недоношенностью.

Пациенты и методы исследования. Под динамическим аудиологическим наблюдением находятся 67 детей в возрасте от 2 месяцев до 13 лет с верифицированной врожденной ЦМВИ. Среди них 18 детей (27%) родились доношенными, 49 (73%) – недоношенными. 11 пациентов перенесли субклиническую форму ЦМВИ, остальные 56 – манифестную. В протокол аудиологического обследования пациентов включены:

– регистрация отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ и ОАЭПИ);

– коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП);

– стационарного слухового вызванного ответа (auditory steady state response, ASSR);

– акустическая импедансометрия (в том числе высокочастотная тимпанометрия у недоношенных детей первого года жизни);

– тональная аудиометрия (по методике, соответствующей возрасту).

Детям старше 4 лет проводились тесты, направленные на выявление ЦСР: у детей до 6 лет – тест обнаружения паузы (random gap detection test, RGDT) и усложненное речевое тестирование; у испытуемых старше 6 лет – RGDT, тест по оценке восприятия быстрых ритмических последовательностей, разборчивость односложных слов, тест бинаурального взаимодействия в формате чередующейся бинаурально речи (ЧБР), дихотический числовой тест, низкоизбыточный монауральный тест (исследование речью на фоне шума) в формате матриксного фразового теста (Russian sentence matrix test, RuMatrix).

Результаты исследования. Недоношенность, обусловленная ЦМВИ-ассоциированной патологией беременности, является фактором высокого риска реализации врожденной ЦМВИ. При динамическом наблюдении нарушения периферического слуха были выявлены у 10 детей (15%) с

ЦМВИ, из них только 2 пациента родились в срок. Врожденная ХСНТ диагностирована у 5 пациентов: двусторонняя ХСНТ 4-й степени – у 3 человек, односторонняя ХСНТ 4-й степени – у 1 ребенка, двусторонняя ХСНТ 3-й степени – у 1 пациента. Отсроченная ХСНТ сформировалась у 5 наблюдаемых: на 1-м году жизни – у 1-го ребенка (двусторонняя 4-й степени); на 2-м году – у 2-х пациентов (односторонняя 1-й степени, двусторонняя 3 степени); на 3-м году – у 1 ребенка (двусторонняя 4-й степени), на 5-м году жизни – у 1 пациента (двусторонняя 2–3-й степени).

Диагностика ЦСР проведена у 10 детей с нормальным периферическим слухом, достигших 4-летнего возраста. Нарушения обнаружены у 5 обследованных, четверо из которых были из группы недоношенных.

Выводы. Полученные предварительные данные позволяют считать, что при сочетании с недоношенностью верифицированная врожденная ЦМВИ, протекавшая в клинической или субклинической формах, сопряжена с более высоким риском формирования как врожденной, так и отсроченной ХСНТ периферического характера, что требует осуществления тщательного динамического наблюдения инфицированных детей, по меньшей мере до достижения ими возраста 6 лет. Дети, перенесшие врожденную ЦМВИ, предрасположены к развитию ЦСР, которые могут манифестировать уже в дошкольном возрасте. Вероятность возникновения ЦСР возрастает у детей, родившихся недоношенными. Динамическое наблюдение детей с врожденной ЦМВИ должно проводиться в рамках универсального аудиологического протокола, включающего тесты, оценивающие состояние как периферического, так и центрального отдела слуховой системы. Очевидна актуальность внедрения всеобщего неонатального скрининга на ЦМВИ для своевременной диагностики ее осложнений, в том числе со стороны слуховой системы, что позволит проводить адекватную слухоречевую (ре)абилитацию детей с тугоухостью.

УДК 616.831-002.3-02:616.28-053.2

ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Герасименко Н. В., Егоров В. И., Самбулов В. И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

OTOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS AMONG CHILDREN

Gerasimenko N. V., Egorov V. I., Sambulov V. I.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Отогенные внутричерепные осложнения (ОВО) у детей являются наиболее тяжелой патологией в практике оториноларинголога. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи детям с ОВО необходимы своевременная диагностика и рациональное комплексное лечение.

Диагностика отогенных внутричерепных осложнений основывается на клинических симптомах, данных осмотра и обследования ребенка оториноларингологом, неврологом, инфекционистом, окулистом, нейрохирургом, на результатах анализа спинномозговой жидкости, данных КТ и МРТ головного мозга с возможным контрастированием, результатах клинико-лабораторных исследований. Необходимо учитывать, что полный менингеальный симптомокомплекс у детей наблюдается нечасто. С другой стороны, наличие менингеальных знаков не всегда свидетельствует о менингите, а может наблюдаться при различных инфекционных заболеваниях, интоксикациях, травмах головного мозга.

При наличии у ребенка клинических признаков воспалительных изменений оболочек или вещества головного мозга необходимо срочное назначение антибактериальной терапии. После обследования по cito, верификации у пациента отогенного внутричерепного осложнения необходимо выполнение санирующей операции по срочным показаниям с последующим продолжением лечения в палате интенсивной терапии.

Пациенты и методы исследования. В ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского за последние 5 лет пролечено 9 детей с отогенными внутричерепными осложнениями в возрасте от 1 года 9 месяцев до 17 лет. У 5 больных ОВО

развивались на фоне острого среднего отита (у детей младшей возрастной группы до 5 лет), у 4 пациентов на фоне обострения хронического гнойного среднего отита. Хронический средний отит выявлен у подростков от 15 до 17 лет.

Среди отогенных внутричерепных осложнений наиболее часто встречались менингиты (5 детей) и менингоэнцефалиты (4 пациента). У 3 детей менингоэнцефалит сочетался с абсцессом мозга или эмпиемой оболочечных пространств головного мозга.

Всем больным, поступившим в ЛОР-клинику МОНИКИ с ОВО, в первые часы после госпитализации проведены санирующие операции на ухе (5 пациентам с острым гнойным отитом выполнена антромастоидотомия, 4 больным с обострением хронического гнойного среднего отита – расширенная радикальная операция). В отсроченном периоде после проведения курса антибактериальной терапии и КТ-контроля 2 детям потребовались нейрохирургические вмешательства в целях санации полости абсцесса головного мозга (1 ребенок) и субдуральной эмпиемы (1 ребенок).

Все пациенты в послеоперационном периоде находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии от 2 до 20 суток, получали антибактериальную, дезинтоксикационную, симптоматическую терапию. В последующем лечение продолжалось в условиях ЛОР-отделения под динамическим контролем детского невролога.

При проведении антибактериальной терапии наибольшую эффективность показали цефалоспорины III и IV поколений, карбапенемы, гликопептиды, метронидазол и их сочетания. При выборе антибактериальной терапии необходимо учитывать результаты микробиологического исследования ликвора и отделяемого из уха, а также рекомендации клинического фармаколога. Критериями отмены антибиотиков при лечении ОВО являются: стойкая нормальная температура тела, исчезновение менингеального синдрома, санация ликвора (люмбальная пункция выполнялась при необходимости каждые 7–10 дней).

В результате лечения выздоровление наступило у всех детей.

Заключение. Таким образом, повышение качества медицинской помощи пациентам с отогенными внутричерепными осложнениями возможно только при комплексном и междисциплинарном подходе к их лечению.

УДК 616.284-002.1-053.37

ОСТРЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Гуляева Л. В.[1], Золотарева М. А.[2], Муранова В. В.[1]

[1] ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», 295034, г. Симферополь, Республика Крым, Россия

[2] Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского», 295051, г. Симферополь, Республика Крым, Россия

ACUTE OTITIS MEDIA IN YOUNG CHILDREN

Gulyaeva L. V.[1], Zolotareva M. A.[2], Muranova V. V.[1]

[1] Republican Children's Clinical hospital, Simferopol, Russia

[2] Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "V. I. Vernadsky Crimean Federal University" Medical Academy named after S. I. Georgievsky, Simferopol, Russia

В Республике Крым проживает 56 330 малышей до 3 лет. Концепцией развития здравоохранения РК до 2020 г. являются сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни. Особое внимание в ней уделяется детям.

Тема острого среднего отита (ОСО) является актуальной проблемой современной оториноларингологии, так как воспалительные заболевания среднего уха у новорожденных и детей первых лет жизни имеют медико-социальную значимость, поскольку протекают с нарушением

слуховой функции, способствуют развитию тугоухости с последующим снижением восприятия и развития речи (Володин В. В., Дегтярев Д. Н. и др., 1999; Сапожников Я. М., Белов В. А., 1993; Сапожников Я. М., Богомильский М. Р., 2001). По числу осложнений ОСО занимают второе место среди заболеваний ЛОРорганов (абсцесс головного мозга, менингит, тромбоз венозных синусов, парез n. facialis, развитие остеомиелитического процесса с деструкцией различных отделов височной кости). На первом году жизни 44% детей переносят ОСО один-два раза, а 7–8% – три и более раз (Богомильский М. Р., 1999).

Пациенты и методы исследования. На основании проведенного анализа больных в оториноларингологическом отделении Республиканской детской клинической больницы Республики Крым за период с 2013 по 2015 гг. в структуре госпитализируемой заболеваемости болезни уха занимают 3-е место (2013 г. – 22,8%; 2014 г. – 22,1%; 2015 г. – 17,9%).

За данный период под нашим наблюдением находилось 172 ребенка ОСО в возрасте до 3 лет, из них мальчиков – 90 (52,4%), девочек – 82 (47,6%). Катаральная форма ОСО наблюдалась у 25,9% (46) детей, гнойная форма – у 74,1% (126) детей. В 37,3% случаев процесс был односторонний и в 62,7% случаев – двусторонний. Среднее пребывание больного на койке при гнойном процессе в ухе составило 10–12 дней. Нами отмечено увеличение частоты ОСО в осенне-весенний период (91%). При этом наибольшее число случаев наблюдается зимой – 43%, а наименьшее число случаев – 15% – летом.

К факторам риска, способствующим развитию ОСО, мы отнесли: искусственное вскармливание, перинатальную патологию матери и ребенка, недостаточность естественного иммунитета, аллергический, дисметаболический диатезы, патологию бронхолегочной системы, нарушение микроциркуляции в полости носа, аденоидные вегетации.

Типичное течение ОСО отмечено нами у 72% детей первого года и у 73,5% детей второго – третьего годов жизни. При этом ОСО у 27,8% (48) протекал легко; у 69,3% (119) имело место среднетяжелое, у 2,9% (5) тяжелое течение.

При анализе микрофлоры отделяемого из уха у детей первого года жизни мы выявили *S. Epidermidis* (20,7%), *S. Aureus* (45,8%), а также *Enterococcus*; у детей второго–третьего годов – *S. Pneumoniae* (32,1%), *Haemophilus influenzae (*21,5%).

Оториноларингологический осмотр детей для оценки состояния ЛОРорганов и барабанной перепонки в клинике осуществляется с помощью эндоскопического оборудования, увеличительной оптики, которая имеется не только в отделении, но и в ЛОР-кабинете приемного покоя Республиканской детской клинической больницы.

Исследование слуха у детей проводится с помощью акустической импедансометрии.

РК вступила в программу аудиологического скрининга новорожденных с 2015 г. Второй этап проводится на базе ГБУЗ РК «РДКБ», что позволяет нам исследовать слуховую функцию у новорожденных и детей первого года жизни.

Лечение больных детей с ОСО нами проводится согласно протоколу.

Детям до 2 лет, независимо от формы заболевания, с первого дня лечения проводилась антибиотикотерапия в целях элиминации возбудителя, восстановления стерильности барабанной полости, предупреждения развития осложнений и перехода процесса в рецидивирующую, а также хроническую форму.

Проведенный анализ пролеченных больных показал, что раннее применение антибиотиков оказало только благоприятное влияние на течение ОСО у детей. В целях профилактики тугоухости всем детям до 2 лет проведена лечебно-диагностическая миринготомия.

Выводы. Учитывая высокую патогенетическую взаимосвязь заболеваний среднего уха с другими системами организма, лечение детей раннего возраста нужно проводить в тесном сотрудничестве с педиатрами.

Особая настороженность у оториноларингологов должна быть проявлена в отношении часто болеющих детей, состоящих на «Д» учете у педиатра, перенесших до 3 лет острый средний отит (ОСО).

Детям раннего возраста с ОСО необходимо проводить лечебно-диагностическую миринготомию в целях профилактики тугоухости.

Целесообразно динамическое аудиологическое обследование больных, перенесших ОСО.

Гипертрофия аденоидных вегетаций всегда способствует возникновению и хронизации ОСО, поэтому показана своевременная хирургическая санация носоглотки.

УДК 616.211-002.193-056.3-053.2-097

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Гусева Е. Д.[1], Ханова А. К.[2], Попко В. И.[1]

[1] ФГБОУ ВО « Башкирский государственный медицинский университет», 450024, г. Уфа, Республика Башкортостан

[2] ООО «Клиника аллергологии и педиатрии», 450005, г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия

SENSITIVITY OF LABORATORY METHODS DIAGNOSIS SEASON ALLERGIC RHINITIS OF CHILDREN

Guseva E. D.[1], Xanova A. K.[2], Popko V. I.[1]

[1] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “Bashkir Medical University”, Ufa, Bashkortostan, Russia

[2] Clinic of Allergy and Pediatrics, Ufa, Bashkortostan, Russia

Аллергический ринит – заболевание, характеризующееся наличием иммунного IgE-опосредованного воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном. Сезонный аллергический ринит (САР) возникает в результате воздействия на слизистую ВДП аэроаллергенов пыльцы растений. У жителей крупных городов преобладает сенсибилизация к пыльце деревьев: лещины, ольхи, березы, дуба. В средней полосе России и Южного Урала период пыления деревьев приходится на конец апреля – начало мая. В это же время возможно похолодание с возвратными заморозками, что провоцирует всплеск заболеваемости ОРВИ, особенно детей в условиях организованных коллективов. Основными симптомами сезонного аллергического ринита являются нарушение носового дыхания, обильные выделения водянистого характера из носа, возможен зуд в полости носа и глотки, приступообразное чихание, конъюнктивит. Похожие симптомы наблюдаются при остром вирусном назофарингите. Первичная диагностика САР вызывает определенные трудности у врачей амбулаторной практики. Основными лабораторными методами диагностики АР, согласно рекомендациям РАДАР, являются: цитоморфологическое исследование мазка-перепечатка со слизистой оболочки носа, определение общего IgE и специфических антител IgE в сыворотке крови. Определение IgE-молекул к аллергенам в крови является стандартным методом диагностики аллергии. При этом очень важны чувствительность и специфичность используемых методов исследования.

Цель исследования. Сравнить лабораторные методы диагностики САР у детей в период выраженных клинических проявлений.

Пациенты и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование 26 детей с сезонным аллергическим ринитом в амбулаторных условиях. Использовались:

– определение общего IgE МЕ/мл (норма 0–90, тест-система Алкор-Био);

– определение IgE кЕдА/л к панели аллергенов: ольха серая, береза бородавчатая, лещина, дуб, ива – методом иммунофлюоресценции на трехмерной пористой твердой фазе ImmunoCAP (норма – 0–0,35, уровень концентрации – от 0 до 6) [2];

– цитологический метод мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа с окрашиванием по Романовскому–Гимзе, с подсчетом количества эозинофилов [1].

Результаты исследования и обсуждение. Обследовано 15 мальчиков, 11 девочек, с выраженными признаками риноконъюнктивального синдрома в весенний период. Средний возраст 6,9 года. У всех детей выявлен положительный аллергоанамнез, 15 (58%) детей имели похожие симптомы в предыдущий весенний период, 14 детей (54%) ранее имели положительные результаты кожного тестирования к пыльцевым аллергенам. У 25 детей концентрация общего IgE была выше нормы, среднее значение 345,5 МЕ/мл, мед. 269, станд. отк. 253,8. Концентрация IgE к аллергенам деревьев методом ImmunoCAP была значительно повышена у 24 детей, у 2 детей – 0. Среднее значение 30,99, мед. 24.6, станд. откл. 34,0. При этом уровень концентрации у 57% детей отмечен как высокий и очень высокий. Выявлена сильная корреляционная связь (0,8) между показателями общего IgE и IgE к аллергенам пыльцы деревьев. При цитологическом исследовании повышенное содержание эозинофилов у 25 детей, среднее значение 18,8, мед. 18, станд. отк 8,6. Таким образом, исследование показало, что у детей с клиническими признаками САР повышаются уровень

концентрации в крови общего IgE и IgE к причинно-значимым аллергенам, а также количество эозинофилов в слизистой оболочке носа.

Заключение. Повышение общего IgE позволяет подтвердить аллергическую природу респираторных симптомов у детей. Наиболее чувствительным и специфическим методом диагностики САР является метод ImmunoCAP количественного определения к определенному набору пыльцевых аллергенов. Риноцитологический метод можно рекомендовать как скрининг для предварительной диагностики аллергических и инфекционных ринитов.

УДК 617.76-001-053.5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДВОЙНОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ

Денисова О. А., Солдатский Ю. Л., Горбунова Е. Д., Ерашов М. А.

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы, 119049, Москва, Россия

THE USE OF DUAL-ACCESS IN SURGICAL TREATMENT OF THE ORBIT LOWER WALL COMPLICATED FRACTURES IN CHILDREN

Denisova O. A., Soldatsky Yu. L., Gorbunova E. D., Erashov M. A.

State-Financed Health Institution "Morozov Children's Clinical Hospital" of the Department of Health of Moscow, Moscow, Russia

Травмы орбиты составляют от 36 до 64% от всех травм лицевого скелета. Среди всех травм орбиты, требующих стационарного лечения, около 85% составляют переломы ее стенок. Большинство больных с данной патологией – мальчики старше 10 лет.

Всем детям с подозрением на перелом нижней стенки орбиты при поступлении проводится компьютерная томография с реконструкцией орбиты в режиме мультиспирального сканирования с толщиной срезов 0,5 мм и шагом 0,25 мм.

Детям с осложненным переломом нижней стенки орбиты (поперечный размер сквозного дефекта более 1 см, смещение фрагментов нижней стенки орбиты более 2 мм с наличием грыжевого компонента) проводится контурная пластика нижней стенки орбиты двойным доступом (трансорбитальный, трансназальный).

Трансорбитальный этап проводится с использованием транскутанного поднадкостничного доступа для достижения зоны перелома и мобилизации содержимого грыжевого мешка.

Трансназальный доступ включает создание доступа к нижней стенке орбиты через верхнечелюстную пазуху, что обеспечивается эндоназальным расширением соустья верхнечелюстной пазухи под контролем эндоскопической техники.

После мобилизации грыжевого мешка, которая при необходимости проводится со стороны орбиты и верхнечелюстной пазухи, со стороны пазухи проводится репозиция костного отломка, затем его фиксация обеспечивается путем раздувания баллона в просвете пазухи. Со стороны орбиты проводится пластика дефекта с использованием аллопластического материала (матрикса с высокоочищенным ксеноколлагеном).

Фиксирующий материал (баллон в пазухи, тампон в просвете общего носового хода) удаляется через 7 дней, после чего проводится контрольная эндоскопия полости носа и верхнечелюстной пазухи, при необходимости ее санация.

Операции и ранний послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Проведение контрольной КТ через 6 месяцев после оперативного вмешательства показало, что у всех пациентов достигнуто полное восстановление нижней стенки орбиты, проявившееся отсутствием ее деформации и костного дефекта.

Использование двойного доступа и контурной пластики в технике хирургического лечения травм орбиты позволяет в большинстве случаев полностью восстановить не только анатомическую целостность костной стенки, но и функциональность содержимого орбиты (отсутствие энофтальма и гипофтальма, ограничения подвижности глазного яблока).

УДК 616.284-002.1-053.37.079.4-035

ПРОБЛЕМА ОСТРЫХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Еремина Н. В.

ФГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

THE PROBLEM OF ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

Eremina N. V.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Острый отит является одной из наиболее частых причин обращаемости детского населения за врачебной помощью. На первом году жизни его переносят около 35% детей, к 3 годам этот показатель увеличивается до 65%, а к 7-летнему возрасту – до 95%. Важность своевременной диагностики и адекватного лечения заболевания обусловлена возможностью развития опасных для жизни отогенных осложнений, хронического среднего отита, социально значимого снижения слуха вплоть до глухоты.

Учитывая роль вирусной инфекции в развитии воспаления в полости среднего уха, дискуссионным остается вопрос о системной антибактериальной терапии. Показанием для эмпирической терапии считают гнойную/перфоративную стадию острого среднего отита. Однако, как показали исследования, гнойный экссудат, повышенные показатели количества лейкоцитов сыворотки крови, ускорение СОЭ свидетельствуют не столько о бактериальной природе воспаления, сколько о его интенсивности. Согласно современным представлениям антибактериальная терапия при вирусной инфекции ослабляет защитные иммунные реакции организма, не влияет на выраженность местных и общих симптомов воспаления, в том числе и интенсивность боли в ухе. Различаются данные об этиологической обусловленности отитов, антибактериальной чувствительности выявленных возбудителей у детей разных возрастных групп и в разных регионах проживания. Это обосновывает целесообразность сравнительной оценки клинического течения острого отита у детей, эффективности проводимой местной и общей терапии.

Важным вопросом является обеспечение преемственности в лечении детей, больных острым отитом, который является предметом профессионального интереса как оториноларингологов, так и семейных врачей. По последним данным, рецидивирующий острый средний отит диагностируется у 7–8% детей первого года жизни и у 35% детей в возрасте до 3 лет. Согласно клиническим рекомендациям диагноз может быть поставлен на основании одного или нескольких характерных симптомов: боль в ухе, повышение температуры, снижение слуха, выделения из уха, у детей – возбуждение, раздражительность, рвота, понос. Особенности строения барабанной перепонки и полостей среднего уха в детском возрасте обусловливают более позднее наступление перфоративной стадии острого среднего отита и даже ее отсутствие. В таких наблюдениях на практике часто используются диагнозы: острый катаральный средний отит, острый серозный средний отит. Однако в ряде руководств этими понятиями обозначают негнойные процессы в среднем ухе вследствие нарушения вентиляционной функции слуховой трубы, требующие иного лечения и назначения процедур, в частности продуваний барабанной полости через слуховую трубу, которые могут осложнить течение острого среднего отита. Поэтому необходима адаптация клинических классификаций статистической МКБ-10. Кроме того, в течении заболевания в одних руководствах выделяют три стадии, а в других – пять, что также обосновывает необходимость указания их полного названия, а не только цифрового обозначения. Дифференциальную диагностику острого среднего отита следует проводить и с заболеваниями наружного уха. При наличии серных масс, отделяемого в наружном слуховом проходе барабанная перепонка плохо обозрима, поэтому важно тщательно выполнить туалет уха при первом обращении пациента.

Таким образом, актуальными вопросами проблемы острых средних отитов у детей остаются следующие:

– адаптация клинических и статистической классификаций острого среднего отита;

– практическое использование клинических классификаций с обязательной полной формулировкой стадий течения в диагнозе;

– указание предполагаемого и установленного этиологических факторов острого среднего отита;

– сравнительная оценка этиологических, клинических, временных особенностей течения острого среднего отита у детей разных возрастных периодов и регионов проживания;

– достижение преемственности между оториноларингологами и семейными врачами лечения острого среднего отита у детей.

УДК 616.22-009.11-053.1

ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПАРАЛИЧИ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Захарова М. Л., Павлов П. В.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Россия, 194100, Санкт-Петербург

CONGENITAL AND ACQUIRED LARYNGEAL PARALYSIS IN CHILDREN

Zakharova M. L., Pavlov P. V.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Saint Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Нейрогенная патология гортани у детей считается редкой, однако она уверенно занимает второе место среди причин врожденного стридора и является одной из причин хронических стенозов гортани у детей, требующих наложения трахеостомы. За последнее десятилетие возросло количество ятрогенных параличей гортани у детей, успешно прооперированных по поводу врожденных пороков сердца, что также заставляет специалистов искать новые пути решения этой проблемы.

Цель исследования. Провести анализ тактики лечения детей с врожденными и приобретенными параличами гортани.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное исследование историй болезней пациентов с врожденными и приобретенными параличами гортани, проходивших обследование и лечение в Санкт-Петербургском государственном медицинском педиатрическом университете.

Результаты исследования. За период с 1995 по 2016 г. в клинике оториноларингологии СПбГПМУ наблюдались 105 детей с различными вариантами врожденных и приобретенных параличей гортани. По времени развития паралича гортани мы разделили больных на две группы.

В первую вошли дети с врожденными параличами гортани – 30 человек, средний возраст на момент поступления в клинику составил 4 года 2 месяца (от 1 месяца до 15 лет). У 11 детей был выявлен односторонний паралич гортани, причем у 1 ребенка он сочетался с ларингомаляцией, что привело к необходимости наложения трахеостомы. У 19 детей был выявлен двусторонний паралич гортани, и 13 из них была наложена трахеостома.

Во вторую группу вошли дети с приобретенными параличами гортани – 75 человек. Средний возраст на момент поступления в клинику составил 3 года 1 месяц (от 1 месяца до 14 лет). У 56 детей из этой группы выявлен односторонний паралич, и 4 из них требовали наложения трахеостомы, так как у 3 он сочетался с ларингомаляцией, у 1 – с кистозной дисплазией подголосового отдела. У 19 детей был диагностирован двусторонний паралич гортани, и у 13 детей была наложена трахеостома.

Тактика лечения пациентов зависела от времени развития паралича (врожденный или приобретенный), вида (двусторонний или односторонний), выраженности симптомов и возраста ребенка.

Односторонние параличи гортани в 91% случаев вели консервативно. Медикаментозная терапия включала нейротрофические средства, витамины, антихолинэстеразные препараты, проводили этиотропную терапию при выявлении причины паралича.

Хирургическая тактика ведения пациентов с врожденными и приобретенными параличами гортани представлена в таблице.

Таблица

Оперативные вмешательства у детей с параличами гортани

Вид патологии	Количество детей	Восстановительные операция	Трахеостомия	Восстановительные операция	Деканюляция
Врожденный паралич гортани:	30		14		7
односторонний	11		1	ПТ – 1	1
двусторонний	19	ХАТ – 5 СПГ – 1	13	ХАТ – 4 кХАТ – 1 ЛТПр – 1 ЛТР – 1 ПТ – 3	6
Пробретенный паралич гортани:	**75**		17		14
односторонний	56	СГП – 1	4	СГП – 2 ПТ – 1	3
двусторонний	19	ХАТ – 5 кХАТ – 1	13	ХАТ – 6 кХАТ – 4 ЛТП 3 – 3 ЛТП р - 2	11
Итого	**105**		31		21

Примечания. ХАТ – хордаритеноидотомия; кХАТ – контрлатериальная хордаритеноидотомия; СГП – супраглоттопластика; ЛТП 3 – монгоэтапная ларинготрахеопластка со стентированием 3 месяца; ЛТП р – ларинготрахеопластика с постановкой ребра в заднюю стенку; ЛТР – ларинготрахеальная реконструкция; ПТ – пластика трахеостомы

Выводы. Врожденные и приобретенные параличи гортани у детей имеют гетерогенную природу, различную клиническую картину и, следовательно, требуют персонифицированного подхода к лечению. Трахеостомия остается операцией выбора в 68% случаев двустороннего паралича гортани у детей. Показатели деканюляции выше в группе детей с приобретенными параличами гортани в сравнении с группой с врожденной патологией – 82 и 50% соответственно.

УДК 616.284.7-002-036.15-053.2

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЛАТЕНТНЫХ МАСТОИДИТОВ У ДЕТЕЙ

Извин А. И., Кузнецова Н. Е.

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, г. Тюмень, Россия

PREDICTORS OF LATENT MASTOIDITIS IN CHILDREN

Izvin A. I., Kuznetsova N. E.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education „Tyumen State Medical University", Tyumen, Russia

Количество латентных мастоидитов за последние годы значительно выросло, что обусловлено частотой возникновения латентных отитов у детей младшего возраста. Нередко первые проявления симптомов отита у новорожденных и грудных детей проходят под маской болевого синдрома соматических или хирургических заболеваний, нередко не диагностируются, переходя в латентное течение. Кроме того, группу риска детей в развитии латентных мастоидитов занимают маловесные дети с врожденной или приобретенной патологией, а также с тяжелыми дыхательными расстройствами, реанимационными мероприятиями, длительным нахождением на ИВЛ, зондовом кормлении. Все эти факторы приводят к нарушению вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы, задержке резорбции миксоидной ткани в полостях среднего уха, которые способствуют присоединению вторичной бактериальной флоры и формированию латентного воспалительного очага в ухе.

Цель исследования. Изучить факторы, предрасполагающие к развитию и течению латентных мастоидитов у детей по данным детского ЛОР-отделения ГБУЗ ОКБ № 2 г. Тюмени.

Пациенты и методы исследования. С 2009 по 2015 г. в детском ЛОР-отделении находилось 80 детей с латентными мастоидитами. Мальчиков было 48 (60%), девочек – 32 (40%), из них в возрасте от 0–2 лет – 42%, 3–5 лет – 28%, 6–12 лет – 23%, старше 12 лет – 7%. Все дети в зависимости от клинических проявлений разделены на две группы: 1-я группа – неосложненные и 2-я группа – осложненные формы. 1-ю группу составили дети с хроническим экссудативным средним отитом, антроцеллюлитом, 2-ю группу – дети с латентными мастоидитами и тяжелыми отогенными осложнениями. Всем детям проводился осмотр ЛОРорганов, сбор жалоб, анамнеза, отомикроскопия, аудиометрия, тимпанометрия, КТ-диагностика, осмотр смежных специалистов: невролога, педиатра, неонатолога, реаниматолога, нейрохирурга, рентгенолога. При поступлении в 1-й группе детей жалобы на боль в ухе были в 2% случаев, однократный эпизод боли в анамнезе отмечен в 4%, отсутствие болевого синдрома – в 94% случаев. Во 2-й группе детей жалобы на боль в ухе при поступлении были в 5% случаев, накануне заболевания, за 1–3 суток, – 15%, отсутствие болевого синдрома – в 80% случаев. Жалобы на снижение слуха в 1-й группе зарегистрированы у 98% детей, во 2-й группе – у 100%.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе масса тела при рождении детей 500–1500 г была в 35% случаев, 1500–2500 г – 30%; во 2-й – масса тела при рождении 500–1500 г была в 15% случаев, 1500–2500 г – 35%. Нахождение на ИВЛ в 1-й группе – 30% детей, 2-й – 15% детей. Развитие постинтубационного рубцового стеноза гортани, трахеи и канюленосительство было в 1-й группе – в 10% случаев, во 2-й группе – в 5% случаев. Атрезия слухового прохода с микротией в 1-й группе – в 1% случаев. Рефлюкс новорожденного в 1-й группе – в 40% случаев, во 2-й группе – в 12%. Аллергический ринит (пищевая аллергия) в 1-й группе – в 40% случаев, во 2-й группе – в 22%, наличие кохлеарного импланта – во 2-й группе – в 1%. Наличие термоневроза – в 1-й группе – 1%, врожденная опухоль уха в 1-й группе – 1%; во 2-й группе – 1% случаев. Ранняя социализация в 1-й группе – 25% случаев, 2-й группе – в 10% случаев. Курение родителей в 1-й группе – 50% случаев, во 2-й группе – в 55%.

Выводы. Развитию латентных мастоидитов у детей способствуют как анатомо-физиологические особенности, так и факторы неонатального периода развития.

Трудности диагностики латентных мастоидитов у детей младшего возраста на ранних этапах обусловлены отсутствием болевого синдрома в течение острого среднего отита.

Ранняя диагностика латентных отитов и мастоидитов у детей младшего возраста снижает риск развития отогенных осложнений.

УДК 616.28-008.1-053.2:616.43-008.9-056.7

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Ишанова Ю. С., Зоненко О. Г., Рахманова И. В.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», 117997, Москва, Россия

STATUS OF AUDITORY FUNCTION IN CHILDREN WITH MUKOVISTSIDOZOMSTOYANIE AUDITORY FUNCTION IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

Ishanova Yu. S., Zonenko O. G., Rakhmanova I. V.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pirogov Russian National Research Medical University", Moscow, Russia

Более 360 млн человек во всем мире страдает от умеренной до тяжелой потери слуха (Blackwell et al., 2014). Потеря слуха может быть вызвана генетическими мутациями, старением организма, воздействием громкого шума, воздействием ототоксических препаратов, например аминогликозидов (АГ). АГ используются для лечения устойчивых к антибиотикам грамотрицательных бактериальных инфекций, таких как туберкулез (Durante-Mangoni и др., 2009), неонатальных инфекций и инфекций, связанных с муковисцидозом (МВ), вызванных синегнойной палочкой. Данные о патологии слуховой функции у больных с МВ разнятся по оценкам разных авторов. Ототоксический эффект выявляется примерно в 20–30% случаев при лечении инфекции, ассоциированной с МВ (Rizzi, Hirose, 2007). При исследовании слуховой функции у детей, больных МВ, по данным Y. Tarshish (2016), двусторонняя сенсоневральная тугоухость отмечается у 78% детей, односторонняя – в 22% случаев. Несмотря на это, к сурдологу-оториноларингологу пациенты с МВ направляются только при наличии жалоб, основным диагностическим тестом является тональная аудиометрия.

Цель исследования. Исследование состояния слуха детей, больных МВ, получавших в течение жизни терапию АГ и не предъявляющих жалоб на снижение слуха.

Пациенты и методы исследования. Для решения поставленной цели было проведено исследование слуховой функции у 39 детей, больных МВ (от 8 месяцев до 16 лет), и у 20 детей (от 2 до 16 лет) группы контроля без диагноза МВ, прошедших тест на оба уха. В исследование были включены дети, не предъявляющие жалоб на снижение слуха, и только с тимпанограммой типа А. Аудиологическое обследование заключалось в регистрации ПИОАЭ, которое проводилось на приборе Eclipse на частотах F2 = 0,5; 1; 2; 4; 6; 8 кГц, и в записи тимпанограммы, осуществляемой на приборе TympStar с частотой зондирующего тона 226 Гц. Интерпретация ТГ проводилась по классификации, предложенной Jerger (1970). Аудиометрия осуществлялась на приборе GSI 67 на частотах 500 Гц – 12 кГц у детей соответствующей возрастной группы.

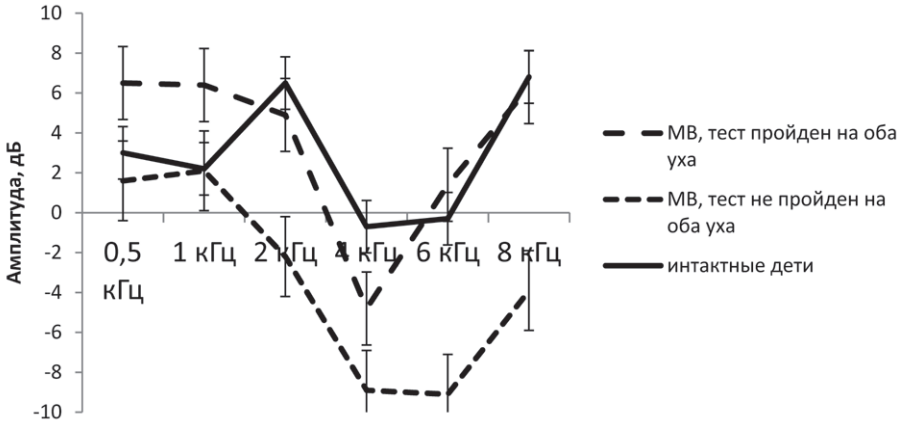


Рис. Значения амплитуды ответа на тестируемых частотах.

Результаты исследования. У всех детей, способных для проведения аудиометрии, регистрировались нормальные пороги слуха. При проведении ПИОАЭ среди детей, больных МВ, было 22 ребенка, прошедших тест на оба уха, 7 детей, прошедших тест на одно ухо, и 10 детей, не прошедших тест на оба уха.

В контрольной группе детей мощность ответа составила 6,4±1,4 дБ. Мощность ответа у детей (51 ухо), больных МВ и прошедших тест по данным ПИОАЭ, составила 3,4±3,8 дБ, мощность ответа у детей (27 ушей), больных МВ и не прошедших тест, составила –2,4±2,8 дБ. При рассмотрении амплитуд ответов, полученных на отдельных частотах, оказалось, что (рис.): 1) на DP-грамме регистрируется снижение амплитуд отоакустического ответа в диапазоне от 1 до 8 кГц, что позволяет думать о нарушении функциональной активности НВК, ответственных за эти частоты; 2) у детей, больных МВ и прошедших тест, происходит снижение амплитуды ответа на частоте 4 кГц.

Выводы. Таким образом, у детей, больных муковисцидозом (МВ) и не предъявляющих жалобы на снижение слуха, может регистрироваться ответ «Тест не пройден», что говорит о наличии патологии внутреннего уха.

У детей, больных МВ, пожизненно принимающих ототоксические антибиотики и прошедших тест, мощность ответа снижается за счет снижения амплитуды на частоте 4 кГц.

Диспансерный осмотр детей с МВ обязательно должен включать осмотр ЛОР-врача с аудиологическим обследованием для раннего выявления возможных отклонений в целях своевременной коррекции слуха.

УДК 616.216.1-002-053.2:576.8.097.3

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ЛАКТОФЕРРИНА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ

Климова И. И., Аристова-Боровикова О. В., Ахтямов Д. Р., Зорин Н. А., Зорина Р. М.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ, 654005, г. Новокузнецк, Кемеровская область, Россия

THE CHANGE IN THE CONCENTRATION OF LACTOFERRINA AND INTERLEUKIN-8 IN SERUM OF CHILDREN SUFFERING FROM ACUTE PURULENT SINUSITIS

Klimova I. I., Aristova-Borovikova O. V., Akhtyamov D. R., Zorin N. A., Zorina R. M.

Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical- Branch, Novokuznetsk, Kemerovo region, Russia

В основе патогенеза синусита лежат явления инвазии патогенной микрофлоры на фоне снижения активности мукозального иммунитета. Важнейшими показателями последнего являются лактоферрин (ЛФ) и интерлейкин-8 (IL-8): первый убивает микроорганизмы, а второй мобилизует через систему хемокинов нейтрофилы.

Цель исследования. Изучение влияния изолированного и сочетанного острого гнойного гайморита на концентрации ЛФ и IL-8 в сыворотке крови детей.

Пациенты и методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано 50 детей в возрасте от 4 до 15 лет включительно, находившихся на лечении в детском оториноларингологическом отделении г. Кемерово. В их числе 29 детей с острым гнойным гайморитом, 12 – с сочетанием гайморита с фронтитом, этмоидитом и отитом, а также 9 детей – с сочетанием гайморита и аденоидита. Критериями включения в основную группу были: верифицированный диагноз острого синусита, возраст от 4 до 15 лет включительно, наличие информированного согласия об участии в исследовании. Критерии исключения: возраст младше 4 и старше 15 лет, наличие других воспалительных заболеваний, отказ родителей участвовать в программе. Контрольная группа (n = 20) сформирована из здоровых детей, поступивших в больницу на плановые операции (септопластика, грыжесечение, крипторхизм и т. д.). Родители всех детей давали письменное информированное согласие на исследование.

Результаты исследования. При объединении всех форм гайморитов в одну группу отмечается

Таблица

Содержание лактоферрина и интерлейкина-8 в сыворотке крови при риносинуситах ($M \pm m$)

Формы гайморитов	Лактоферрин (мг/л)	Интерлейкин-8 (пкг/мл)
Контрольная группа ($n = 20$)	1,0±0,1	7,0±0,9
Все формы гайморитов ($n = 50$)	1,83±0,07*	9,0±0,8
Острый гнойный гайморит ($n = 29$)	1,89±0,09*	7,4±0,5
Острый гнойный гайморит в сочетании с фронтитом, этмоидитом и отитом ($n = 12$)	1,65±0,15*	11,5±2,7 * **
Острый гнойный гайморит в сочетании с аденоидитом ($n = 9$)	1,88±0,15*	11,5±1,6* **

* $p > 0,05$ по сравнению с контрольной группой. ** $p > 0,05$ по сравнению с острым гнойным гайморитом.

увеличение концентрации ЛФ при неизменном уровне IL-8 (табл.). Аналогичное явление наблюдается при изучении изолированного острого гнойного гайморита. Для сочетанных форм острого гнойного гайморита характерно достоверное увеличение концентраций обоих изучаемых показателей. При этом уровни ЛФ и IL-8 в обеих группах сочетанных форм гайморита не отличаются друг от друга. Концентрации же IL-8 при изолированном остром гнойном гайморите статистически достоверно ниже, нежели при его сочетанных формах.

Обсуждение. Известно, что при изучении экспрессии матричной РНК и концентраций ЛФ в назальных биоптатах, полученных при риносинуситах, отмечается блокирование синтеза этого белка, независимо от того, сочетается ли заболевание с аллергизацией микроорганизмами или же нет. С высокой долей вероятности можно полагать, что одной из причин развития риносинуситов является генетически детерминированный изначально низкий уровень местного синтеза ЛФ в мукозе. Ранее установлено, что достаточный резерв концентрации ЛФ успешно устраняет большую часть известных патогенных вирусов, бактерий и грибков. Если же на фоне изначально низкого уровня ЛФ возникает инвазия патогенов, особенно обладающих устойчивостью к его воздействию, возникновение ринусинуситов становится практически неизбежным. Наблюдаемое нами увеличение концентрации ЛФ в сыворотке крови вне зависимости от формы гайморитов можно рассматривать как защитную реакцию, направленную на локализацию патологического процесса. Следствием увеличения концентрации ЛФ в крови может являться активация иммунного ответа, поскольку он известен как мощный иммуномодулятор широкого спектра действия.

Заключение. Таким образом, лактоферрин является достаточно надежным индикатором воспалительного процесса при гайморитах, независимо от наличия локального или сочетанного патологического процесса.

Оба изучаемых показателя могут быть использованы для верификации диагноза гайморитов в качестве дополнительных дифференцировочных критериев.

УДК 616.284-002.1-053.3:615.211

О ТЕРАПИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Коваленко С. Л.

МБУЗ «Детская городская поликлиника № 1» , 350004, г. Краснодар, Россия

TO THE QUESTION OF THERAPY OF ACUTE OTITIS MEDIA IN YOUNG CHILDREN

Kovalenko S. L.

City Children's Polyclinic N 1, Krasnodar, Russia

Острый средний отит (ОСО) является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста. Ведущими симптомами ОСО у детей являются боль и повышение температуры тела, следовательно, помимо назначения этиотропного и патогенетического лечения, целесообразно применять средства с анальгезирующим и антипиретическим действиями. Основными препаратами для купирования острой боли, осложняющей течение ОСО, являются неопиоидные анальгетики, которые подразделяют на нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и «простые анальгетики» (ацетаминофен). Ацетаминофен (парацетамол) не входит в группу НПВП, поскольку практически не обладает противовоспалительным действием. При выборе жаропонижающих средств для детей особенно важно ориентироваться на препараты с наименьшим риском возникновения побочных эффектов. В настоящее время только парацетамол и ибупрофен полностью отвечают критериям высокой эффективности и безопасности и официально рекомендуются Всемирной организацией здравоохранения и национальными программами в педиатрической практике в качестве жаропонижающих средств.

В целях изучения влияния ибупрофена и парацетамола на основные симптомы ОСО у детей младшего возраста (болевой и гипертермический) нами было проведено открытое сравнительное исследование.

Пациенты и методы исследования. В этом исследовании мы применяли суппозитории ректальные с ибупрофеном у 128 детей и суппозитории ректальные с парацетамолом у 116 человек. Возраст пациентов от 3 месяцев до 2 лет.

Среднее значение исходной аксилярной температуры составляло 38,8±0,4 °С. Суппозитории ректальные ибупрофен назначали в стандартной дозировке по 5–7,5 мг/кг, а суппозитории ректальные парацетамол – 10–15 мг/кг, в среднем по 1 свече 60 и 100 мг соответственно. Частота приема 3–4 раза в сутки, а продолжительность – от 1 до 3 дней.

Обезболивающий и жаропонижающий эффекты оценивали по 4-балльной шкале: 0 – без эффекта, 1 – незначительное (неудовлетворительное) обезболивающее и жаропонижающее действия, 2 – удовлетворительное, 3 – хорошее, 4 – полное обезболивание и нормализация температуры. Определение выраженности болевого синдрома у детей младшего возраста затруднено, в связи с этим эффективность анальгезирующей терапии оценивалась родителями по самочувствию ребенка (беспокойство, плач и т. п.). Динамическое наблюдение проводили через 30 мин, 1, 6 и 8 ч после приема препаратов.

Снижение интенсивности боли после начальной дозы ибупрофена отмечали уже через 30 мин, а парацетамола – через 30–60 мин, максимальное действие наблюдали через 1,5–2 ч после приема обоих препаратов. Продолжительность обезболивающего эффекта при приеме ибупрофена составила от 5 до 8 ч (в среднем по группе 5,9±2 ч), а при приеме парацетамола – от 4 до 6 ч (в среднем по группе 4,8±2 ч). Таким образом, ибупрофен действовал быстрее и оказывал более продолжительное обезболивающее действие, чем парацетамол.

После первого приема ибупрофена выраженный клинический эффект был получен у 73 детей (57%), удовлетворительный результат был отмечен у 41 пациента (32%) и у 14 больных (11%) обезболивание не было достигнуто в первые часы после начала терапии. В группе детей, которые получали парацетамол, хорошие результаты были получены у 60 пациентов (52%), удовлетворительные – у 35 человек (30%), а неудовлетворительные – в 18% случаев (21 ребенок). На рис. 1 представлена сравнительная эффективность обезболивающего действия ибупрофена и парацетамола после первого приема.

На рисунке отчетливо видно, что ибупрофен по сравнению с парацетамолом имел более выраженный обезболивающий эффекты уже после первого приема.

Через сутки от начала лечения в группе пациентов, получавших ибупрофен, хороший и отличный анальгезирующий эффект отметили

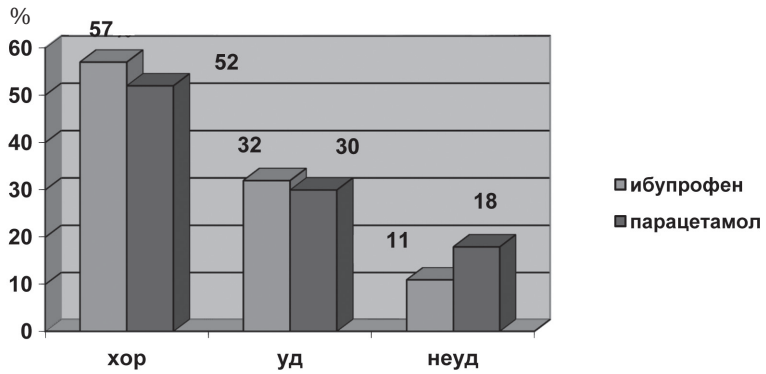


Рис. 1. Эффективность обезболивающего действия.

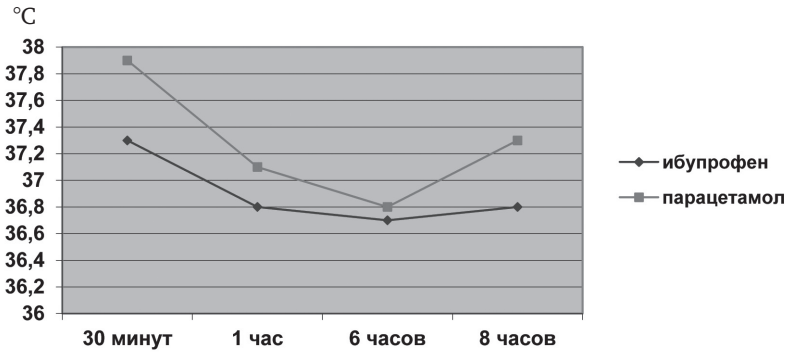


Рис. 2. Эффективность жаропонижающего действия

у 98 больных (77%), а удовлетворительный зарегистрировали в 23% случаев (30 человек). Несколько худшие результаты были получены у пациентов, принимавших парацетамол: у 87 детей (75%) – хороший и отличный результаты, у 29 пациентов (25%) – удовлетворительный.

У всех детей препараты оказывали выраженное жаропонижающее действие.

На рис. 2 представлены сравнительные результаты жаропонижающего действия ибупрофена и парацетамола у детей.

Таким образом, ибупрофен в отличие от парацетамола быстрее снижал симптомы лихорадки и на более продолжительное время. В среднем эффективность ибупрофена была на 2 ч дольше, чем парацетамола. Подобная длительность означает, что для достижения жаропонижающего эффекта требуется меньшая частота приема препарата.

К третьим суткам препараты были отменены у 80% детей, которые к тому времени не нуждались в обезболивающих и жаропонижающих средствах. Максимальная продолжительность курса ибупрофеном и парацетамолом в наблюдаемых группах составила 72 ч. Побочных явлений мы не отмечали.

УДК 616.21-053.2:614.21(470.12)

О РАБОТЕ ДЕТСКОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ в 2016 г.

Козляков Е. С., Богатырёв В. Г.

БУЗ ВО «Вологодская областная детская клиническая больница», 160022, г. Вологда, Россия

ON THE WORK OF THE CHILDREN'S DEPARTMENT OF OTORHINOLARYNGOLOGY 2016

Kozlyakov E. S., Bogatyrev V. G.

Vologda Oblast Children's Hospital, Vologda, Russia

Детское оториноларингологическое отделение располагает 35 койками для лечения больных с хирургическими гнойными заболеваниями и осложнениями всех профилей ЛОРорганов.

В отделении на постоянной основе работают 4 врача-оториноларинголога: 1 заведующий отделением, 2 ординатора и 1 врач-дежурант (оказание неотложной помощи с 16 часов).

Отделение оториноларингологии Вологодской областной детской больницы (единственное детское отделение в области) оказывает квалифицированную специализированную помощь детям г. Вологды и области. В оснащении имеется современная диагностическая и лечебная аппаратура:

– ультразвуковой хирургический аппарат «ЛОРа-Дон»;

– аппарат для пневмомассажа барабанных перепонок;

– портативная бормашина «Имплантмед» для операций на ухе и околоносовых пазухах;

– налобные осветители фирм «Ристер», «Люкстек», «Хайне»;

– фиброринолярингоскоп фирмы «Шторц» 2,5 мм;

– эзофагоскоп с набором тубусов и бужей фирмы «Шторц»;

– источники света фирм «Шторц», «Люкстек» со световодами;

– пять эндоскопов 2,7 мм 0 и 30°, 4 мм – торцевый;

– аудиометр МА-31;

– операционные микроскопы фирм «Карл Цейс» и «Лейка»;

– четыре отоскопа;

– импедансный аудиометр АТ-235h;

– прибор «Эклипс» для регистрации ОАЭ и КСВП;

– ЛОР-комбайн Atmos;

– эндоскопическая видеостойка для операций в полости носа и носоглотке;

– установка Unidrive с функцией шейвера и бормашины.

Количество обращений по неотложной помощи из года в год растет, что связано с дефицитом врачебных кадров по всей Вологодской области, отвлечением специалистов поликлиник для работы в военкомате. Квалифицированная специализированная помощь в Областной детской консультативной поликлинике часто недоступна в связи с введением квот, поэтому родители вынуждены обращаться с детьми к врачу, оказывающему неотложную помощь. По итогам года около 10% обратившихся детей не нуждались в оказании неотложной помощи врача-оториноларинголога, требовался лишь осмотр педиатра. Так, в 2016 г. было зарегистрировано 8077 обращений, что соответствовало уровню прошлого года (8028 человек), в 2014 г. обращений было на 8% меньше.

За 2016 г. в стационаре было пролечено 1448 человек, что на 67 человек меньше, чем в прошлом году и на 53 человека меньше, чем в 2014 г. План отделения по койко-дням выполнен на 90,5%, по количеству законченных случаев – на 116,4%. Занятость койки в 2016 г. составила 289,6 дня. Средний койко-день на протяжении последних лет стабилен и составляет 7,0 в 2016 г. (7,2 в 2014 и 2015 гг.), что связано с интенсификацией работы на отделении и высокой хирургической активностью.

Хирургическая активность на протяжении последних двух лет значительно выросла и колеблется в пределах 58%, что значительно выше, чем в прошлые годы (46,3% в 2013 г. и 49,5% в 2014 г.), в основном госпитализируются дети, нуждающиеся в оперативных вмешательствах.

Количество операций также ежегодно растет и составляет 917 в 2016 г. и 906 в 2015 г. По сравнению с 2013 г. их число выросло на 31%, с 2014 г. – на 17%. На протяжении последних 12 лет не было случаев летальных исходов. Количество внутрибольничных консультаций за 2016 г. составило – 1921, т. е. около шести консультаций ежедневно. В других лечебных учреждениях про-

Таблица

Основные показатели работы отделения

Показатели	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Количество коек	35	35	35
Средний койко-день	7,2	7,2	7,0
Занятость койки в году	307,9	311,3	289,6
Число койко-дней	10 777	10 894	10 135
Число пролеченных больных	1501	1515	1448
Оборот койки	42,7	43,1	41,3
Количество сельских жителей, %	24,6	22,7	21,6
Выполнение плана, %	96,2	97,3	90,5
Летальность	0	0	0
Количество операций	764	906	917
Хирургическая активность, %	49,5	58,1	57,8
Число внутрибольничных консультаций	2867	2241	1921
Количество обращений по неотложной помощи	7405	8028	8077
Число консультаций в других учреждениях	23	7	10

консультировано 10 детей, в основном – в инфекционной больнице.

Первое место в структуре заболеваемости составляют дети с патологией лимфоглоточного кольца (аденоиды, гипертрофия небных миндалин) – 42,4%. Основным и наиболее эффективным методом лечения остается хирургический. Число операций на лимфоглоточном кольце на протяжении последних двух лет колеблется в пределах 670. По сравнению с 2014 г. их количество выросло на 17%, с 2013 г. – на 38%. Из всех оперативных вмешательств, выполняемых на отделении – 73% составляют аденотонзиллотомии. 57% операций было выполнено под общим интубационным обезболиванием, что позволяет выполнить вмешательство более радикально и качественно и избежать психотравмирующей ситуации для ребенка. Потребность в оперативных вмешательствах под наркозом ежегодно увеличивается, так, в 2011 г. лишь 23% аденотонзиллотомий выполнялось под наркозом. Для оториноларингологов выделено 3 операционных дня для выполнения плановых вмешательств под наркозом в связи с нехваткой анестезиологов. Поэтому часть операций приходится выполнять под местной анестезией. В 2016 г. зарегистрировано 3 послеоперационных осложнения в виде кровотечения из носоглотки, потребовавшие выполнения тампонады носа и гемостатической терапии. Для остановки послеоперационного кровотечения в качестве щадящей методики широко используются синус-катетер и системный гемостатик транексам внутривенно капельно. Практически во всех случаях назначается предоперационная антибиотикопрофилактика (цефтриаксон или амоксиклав внутривенно). В том случае, если операция выполняется под местной анестезией, используется предоперационная анальгезия трамадолом внутримышечно.

Если острые синуситы на протяжении многих лет занимали лидирующее место среди пролеченных больных, то за последние годы они отодвинулись на 2-е место и составляют 21,7% (23% в 2015 г.). Преимущество отдается детям со среднетяжелой и тяжелой формами течения заболевания, нуждающимся в хирургических манипуляциях. В 2016 г. наблюдался 1 случай риногенного внутриорбитального осложнения, потребовавшего выполнения орбитотомии и вскрытия абсцесса орбиты. Большинство риногенных осложнений протекает в виде реактивного отека век и нуждается в минимальных инвазивных вмешательствах. Основной и наиболее надежный метод лечения острых гнойных синуситов – пункции и промывания верхнечелюстных и лобных пазух. Благодаря широкому выбору высококачественных лекарственных препаратов пункционный метод в совокупности позволяет провести полную эррадикацию возбудителя, избежать перехода заболевания в хроническую форму и предупредить развитие риногенных осложнений. В качестве альтернативы для санации пазух носа, особенно у детей раннего возраста, широко используем способ «перемещения». Хорошо зарекомендовал себя метод ступенчатой терапии, когда в течение

3–5 дней ребенок получает антибиотик парентерально, затем, по мере улучшения, переводится на энтеральный путь. При тяжелом течении заболевания или угрозе развития осложнений используется внутривенный путь введения препаратов.

Ежегодно регистрируется 2 случая папилломатоза гортани. Такие дети требуют многократных эндоларингеальных вмешательств и длительной поддерживающей терапии в виде генно-инженерного интерферона в связи с возможными рецидивами.

Третье место (9%) среди госпитализированных составляют больные с воспалительной патологией среднего уха – острые и хронические гнойные средние отиты (11,4% в 2015 г.). За 2016 г. пролечено 2 детей с тяжелыми отогенными внутричерепными осложнениями: в первом случае синус-тромбоз, во втором случае абсцесс сигмовидного синуса со множественными абсцессами головного мозга. Ведение подобных больных связано с выполнением расширенной санирующей операции на среднем ухе, проведением длительной интенсивной терапии и участием в операциях смежных специалистов (нейрохирурга).

В лечении больных с экссудативным отитом отдается предпочтение малоинвазивным микрохирургическим операциям: миринготомии с удалением экссудата и промыванием барабанной полости кортикостероидами и шунтированию среднего уха с длительным ношением титанового шунта (1 год и более). Эффективность подобных вмешательств – 100%-ное восстановление слуха. В 2016 г. было выполнено 76 операций, в 2015 г. – 88. При травматических разрывах барабанной перепонки выполняется операция по закрытию дефекта барабанной перепонки свободным жировым лоскутом или пленкой.

Все оперативные вмешательства на сосцевидном отростке и околоносовых пазухах выполняем с помощью портативной бормашины «Имплантмед» или установки Unidrive, что позволяет проводить операции в щадящем режиме и сократить время операции. Заключительный этап санирующей операции на среднем ухе проводим под контролем операционного микроскопа с выполнением элементов тимпанопластики.

Ежегодно в отделении пролечиваются около 9–14 детей с химическими ожогами пищевода. В 2016 г. наблюдали 9 случаев (в 2014 – 14 случаев, в 2013 – 11 случаев). В связи с ранним активным комплексным лечением тяжелые постожоговые осложнения на протяжении последних лет наблюдаются редко, практически все дети выписывались с выздоровлением (средний койко-день 10,7).

При выполнении эндоназальных хирургических вмешательств (полипотомия носа, гайморотомия) широко используется эндоскопическая видеостойка. В 2016 г. с видеоконтролем выполнено 17 операций (в 2015 – 6 операций).

Также на отделении проводится второй этап аудиологического скрининга – регистрация отоакустической эмиссии (ОАЭ) и коротколатентных звуковых вызванных потенциалов (КСВП). Подобные исследования в основном выполняются под наркозом. Таким образом, производится окончательный отбор пациентов как на раннее слухопротезирование, так и на кохлеарную имплантацию. За 2015 – 2016 гг. было выполнено 32 исследования, за 2014 г. – 25.

УДК 004.738.5:616.28-008.1-053.3-08-039.76

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Королева И. В.[1,2], Коркунова М. С.[2]

[1] ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена», 191186, Санкт-Петербург, Россия

USING OF INTERNET TECHNOLOGY FOR REHABILITATION OF EARLY AGED HEARING IMPAIRED CHILDREN

Koroleva I. V.[1,2], Korkunova M. S.[2]

[1] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[2] Herzen's State Pedagogical University, Saint Petersburg, Russia

В настоящее время интернет-технологии играют важную роль в различных областях медицины. В данной работе анализировались возможности использования интернета для реабилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста.

В работе использовался метод анкетирования, а также анализ интернет-сайтов с информацией по реабилитации детей с нарушениями слуха для специалистов и родителей. Для проведения анкетирования были разработаны специальные анкеты для родителей, специалистов, а также студентов факультетов коррекционной педагогики. Анкеты для родителей использовались для того, чтобы выявить:

– доступность профессиональной поддержки по месту жительства;

– потребность в информации по различным вопросам реабилитации детей с нарушениями слуха;

– используемые источники для получения информации по различным вопросам реабилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста;

– доступность и качество информации по вопросам реабилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста в интернете и др.

Анкеты для специалистов содержали дополнительные вопросы, связанные с профессиональной подготовкой в области реабилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста.

Результаты анкетирования выявили, что 70% детей с нарушениями слуха, в том числе детей после кохлеарной имплантации, и их семьи не получают психолого-педагогической поддержки ввиду отсутствия сурдопедагогов и центров раннего вмешательства по месту жительства. Это существенно снижает эффективность кохлеарной имплантации. Для многих родителей основным источником информации о реабилитации ребенка с нарушенным слухом является интернет. При этом они отмечают, что во многих случаях эта информация фрагментарна, противоречива и мало помогает им в практических вопросах развития и обучения их ребенка. Результаты анкетирования специалистов и студентов факультетов коррекционной педагогики продемонстрировали недостаточность их подготовки в области реабилитации детей раннего возраста, а также важность интернет-ресурсов для компенсации дефицита профессиональной подготовки.

Анализируется контент существующих интернет-ресурсов, а также повышение эффективности интернет-технологий для решения проблемы реабилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста.

УДК 616.212.4+616.327.2-053.32/.36

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ

Котов Р. В., Матроскин А. Г., Шеламова В. Н.

ГБОУ ВО «Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, Москва, Россия

PATHOLOGICAL CHANGES OF THE NASAL CAVITY AND NASOPHARYNX IN PRETERM INFANTS IN THE FIRST SIX MONTHS OF LIFE

Kotov R. V., Matroskin A. G., Shelamova V. N.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pirogov Russian National Research Medical University", Moscow, Russia

Реанимационные пособия, осуществляемые с применением инспираторной поддержки в течение длительного времени, приводят к патологическим изменениям не только полости носа, но и носоглотки, что в дальнейшем может нарушать носовое дыхание, приводя при значительной его выраженности к патологии среднего уха.

Цель исследования. Определение характера патологических изменений в полости носа и носоглотки у недоношенных детей различного гестационного возраста в первом полугодии жизни после проведенных реанимационных мероприятий.

Пациенты и методы исследования. Нами было обследовано 166 недоношенных детей (основная группа) в возрасте от 3 до 6 месяцев жизни, находившихся в отделении реанимации от нескольких суток до 2 месяцев.

Гестационный возраст недоношенных детей составил от 25 до 36 недель. Обследуемые дети были распределены на группы относительно сроков гестации, сопоставимых по сроку обследования: 25–28 недель – 68 детей, 29–32 недели – 58 детей, 33–36 недель – 40 детей. В группу контроля был включен 31 доношенный ребенок, не получавший реанимационных пособий.

Всем детям проводилось исследование полости носа и носоглотки фиброэндоскопом Karl Storz диаметром 2,4 мм.

Результаты исследования. Обследование показало, что у недоношенных детей, рожденных в срок 25–28 недель искривление носовой перегородки было выявлено в 88,2%, а тубарный рефлюкс слизи встречался в 53% случаев. Причем эти патологии встречались в данной группе чаще, чем синехии слизистой оболочки полости носа – 11,8% ($\chi^2 = 78,0$; $p = 0,000$), подвывих четырехугольного хряща – 5,9% ($\chi^2 = 91,0$; $p = 0,000$), гипертрофия трубных миндалин – 11,8% ($\chi^2 = 78,0$; $p = 0,000$), гипертрофия аденоидных вегетаций ($\chi^2 = 75,9$; $p = 0,000$).

Патологические изменения со стороны полости носа у недоношенных детей 2-й группы были представлены такими же нозологическими формами, как и в 1-й. При этом в срок 29–32 недели, так же как и в группе 25–28 недель, наиболее часто из всех патологических изменений со стороны полости носа выявлялись искривление перегородки носа (86,2%) и тубарный рефлюкс слизи (26%).

В группе детей, рожденных в срок 33–36 недель искривление перегородки носа выявлялось в 77,5%, что чаще, чем синехии слизистой оболочки полости носа и атрезия хоан (5%; $\chi^2 = 42,0$; $p = 0,000$). Тубарный рефлюкс слизи определялся в 30% случаях, и это было больше, чем гипертрофия трубный валиков ($\chi^2 = 42,8$; $p = 0,000$), гипертрофия аденоидных вегетаций ($\chi^2 = 36,0$; $p = 0,000$).

В группе контроля наиболее часто выявлялось только искривление перегородки носа, составляющее 51,6% от всей группы.

При сравнении выраженности патологических изменений полости носа и носоглотки между подгруппами основной группы достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$), однако между основной и контрольной выявлены достоверные различия в числе детей с искривлением перегородки носа и тубарным рефлюксом слизи ($\chi^2 = 70,8$; $p = 0,000$).

При анализе частоты сочетаемости различных изменений у одного ребенка был выявлен высокий уровень недоношенных и доношенных детей с монопатологией ($\chi^2 = 4,8$; $p = 0,02$) и сочетанной патологией, представленной двумя заболеваниями ($\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$). Причем стоит указать на протективный характер выявляемой монопатологии (OR = 0,3; RD = –22,9) и больший риск возникновения сочетанной патологии (OR = 3,4; RD = 23,69) у недоношенных детей, чем у доношенных.

Заключение. Частота встречаемости и характер патологических процессов в полости носа

и носоглотки детей в первом полугодии жизни зависят от срока гестации.

Учитывая высокий процент искривлений перегородки носа и тубарного рефлюкса слизи, всем недоношенным детям, получавшим реанимационное пособие более 2 недель, необходимы динамическое наблюдение ЛОР-врача и эндоскопический контроль за состоянием полости носа и носоглотки на протяжении первого года жизни.

УДК 616.288.5-073.756.8:616.284-003.2-053.2

БАЛЛОННАЯ ТУБОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Крюков А. И.[1], Ивойлов А. Ю.[1,2], Яновский В. В.[1], Мепаришвили А. С.[1], Морозова З. Н.[1]

[1] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамена здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

[2] ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г. Н. Сперанского» Департамена здравоохранения Москвы, 123317, Москва, Россия

BALLOON TUBOPLASTY IN THE TREATMENT OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN CHILDREN

Kryukov A. I.[1], Ivoylov A. Y.[1,2], Yanovsky V. V.[1], Meparishvili A. S.[1], Morozova Z. N.[1]

[1] Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

[2] Children's City Clinical Hospital № 9 named after G. N. Speranskii the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

Цель исследования. Изучение эффективности применения баллонной тубопластики (БТ) у детей с экссудативным средним отитом, обусловленным наличием стойкой дисфункции слуховой трубы.

Пациенты и методы исследования. Обследовано и пролечено 160 детей с хроническим экссудативным средним отитом в возрасте от 3 до 13 лет. Обследование включало: ЛОР-осмотр, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, отоэндоскопию, компьютерную томографию височных костей по показаниям, функциональную мультиспиральную компьютерную томографию (ФМСКТ) слуховой трубы по показаниям, аудиологическое исследование (акустическую импедансометрию, тональную пороговую аудиометрию, если позволял возраст ребенка, тест задержанной вызванной отоакустической эмиссии).

Для проведения БТ отобрано 15 детей с наличием стойкой дисфункции слуховой трубы.

Всем детям в условиях эндотрахеального наркоза проводили БТ. Данную манипуляцию выполняли контрлатеральным, ипсилатеральным и фарингеальным доступами в зависимости от возраста и анатомо-физиологических особенностей пациентов. Техника выполнения: под эндоскопическим контролем баллон вводили в хрящевую часть слуховой трубы при помощи специального инструментария на глубину 20 мм, активировали баллон посредством нагнетания физиологического раствора до 10 бар с использованием шприца-манометра. Экспозиция составляла 2 мин, после чего давление сбрасывали и баллонную систему извлекали.

Результаты исследования. 15 детей, отобранных для проведения БТ, ранее были прооперированы в нашей клинике по поводу двустороннего хронического экссудативного среднего отита (секреторная стадия) и аденоидов. Одномоментно им были выполнены шунтирование барабанных полостей и эндоскопическая аденотомия. Экструзия шунтов наступила через 6–8 месяцев у 10 детей. У 5 пациентов через 12 месяцев шунты были удалены с последующей миринготластикой пластинами с гиалуроновой кислотой. Клинико-

аудиологические показатели восстановлены до возрастной нормы. Однако через 1–2 месяца после перенесенной ОРВИ у детей появились жалобы на заложенность ушей, снижение слуха. Всем детям амбулаторно были проведены курсы консервативного лечения стойкой дисфункции слуховой трубы, которые давали кратковременный эффект. При эндоскопическом осмотре полости носа и носоглотки патологии не выявлено. Анализ результатов аудиологического исследования показал, что на тимпанограммах у 8 детей регистрировался тип С с отклонением пика в сторону отрицательного давления до 200 даПа. По данным тональной пороговой аудиометрии отмечалось повышение порогов воздушного звукопроведения до 30–40 дБ; у 7 детей – тип В. По данным тональной пороговой аудиометрии отмечалось повышение порогов воздушного звукопроведения до 40–60 дБ. У всех пациентов при ФМСКТ слуховых труб выявлены изменения хрящевой части слуховой трубы.

После проведения БТ СТ получены следующие результаты. У 6 детей – выздоровление (тимпанограмма типа А, слух в пределах возрастной нормы). У 2 детей сохранялся тип С, но с меньшим отклонением в сторону отрицательного давления до 100 даПа. У 1 ребенка с двух сторон отмечен кратковременный эффект в виде изменения тимпанограммы до типа С с отклонением пика до –150 даПа через 2 недели после вмешательства. Однако через 1 месяц регистрировали тимпанограмму В с двух сторон, в связи с чем запланировано оперативное лечение. У 1 ребенка в связи с рецидивом одностороннего экссудативного среднего отита и развитием ателектаза в задних отделах барабанной перепонки была выполнена тимпанопластика 1-го типа аутофасцией и аутохрящом с установкой шунта в передние отделы перепонки и одномоментно БТ. Спустя 6 месяцев произошла экструзия шунта, аудиологические показатели в пределах возрастной нормы, жалоб нет, отоскопическая картина нормализовалась. Пяти детям с рецидивом экссудативного среднего отита было повторно произведено шунтирование барабанных полостей с одномоментной БТ. Эти дети находятся под наблюдением по настоящее время.

Выводы. Проведенная баллонная тубопластика показала свою эффективность.

Данный метод, несомненно, относится к перспективным методикам лечения стойкой дисфункции слуховой трубы в детском возрасте и может быть рекомендован к дальнейшему применению. Однако для более полной картины оценки эффективности требуется изучение отдаленных результатов лечения.

УДК 616.284-003.2/.258-053.5-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Крюков А. И.[1], Ивойлов А. Ю.[1,2], Гаров Е. В.[1], Гуров А. В.[3], Ибрагимова З. С.[4]

[1] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

[2] ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г. Н. Сперанского» Департамента здравоохранения Москвы, 123317, Москва, Россия

[3] ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», 117997, Москва, Россия

[4] ГБУ «Республиканская детская клиническая больница», 364028, г. Грозный, Чеченская Республика, Россия

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA COMPLICATED BY CHOLESTEATOMA IN CHILDHOOD

Kryukov A. I.[1], Ivoylov A. Yu.[1,2], Garov E. V.[1], Gurov A. V.[3], Ibragimova Z. S.[4]

[1] Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

[2] Children's City Clinical Hospital N 9 named after G. N. Speranskii Moscow Department of Health, Moscow, Russia

[3] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pirogov Russian National Research Medical University", Moscow, Russia

[4] Republican Children's Clinical Hospital, Grozny, Chechen Republic, Russia

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) относится к часто встречающимся заболеваниям ЛОРорганов у детей и не имеет заметной тенденции к снижению. ХГСО остается основной причиной приобретенной тугоухости, ведущей к нарушению интеллектуального развития детей и трудоспособности взрослых. Кроме того, до настоящего времени ХГСО представляет опасность и как источник грозных внутричерепных осложнений (мастоидит, менингит, абсцесс мозга, тромбозы синусов). Золотым стандартом при холестеатоме является полное ее удаление с реконструкцией структур среднего уха для предупреждения рецидива, сохранения или улучшения слуха. Преимуществом «открытой» техники является низкая частота реккурентной и резидуальной холестеатом.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения детей с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой.

Пациенты и методы исследования. В отделе ЛОР-патологии детского возраста НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ на базе оториноларингологического отделения ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского обследовано и прооперировано 17 детей с различными формами хронического гнойного среднего отита (ХГСО) и холестеатомой среднего уха в возрасте от 10 до 15 лет. Методы обследования: сбор анамнеза жизни, заболевания и жалоб ребенка (или его родителей), оториноларингологический осмотр, отоэндоскопия, КТ височных костей, магнитно-резонансная томография (МРТ) в режиме диагностики холестеатомы (non-EPI DWI), аудиологическое исследование. Всем больным выполнена аттикоантромастоидотомия с удалением задней стенки наружного слухового прохода, с тимпанопластикой 1–3-го типов и облитерацией трепанационной полости аутокостью и аутохрящом.

Результаты исследования. Хронический туботимпанальный гнойный средний отит (ХТГСО) диагностирован у 8 детей, хронический эпитимпаноантральный гнойный средний отит (ХЭАГСО) – у 9. Односторонний хронический воспалительный процесс диагностирован у всех детей: левосторонний – 6, правосторонний – 11. Длительность течения ХГСО составляла от 3 до 12 лет, причем 69,5% пациентов (или их родители) отмечали начало заболевания в возрасте 1–3 лет после перенесенного острого гнойного среднего отита. При ХТГСО перфорация локализовалась в центральной части барабанной перепонки, ее размеры не превышали 3 мм. При ХЭАГСО дефект в ненатянутой части барабанной перепонки был краевым и не превышал 1,5 мм. В слуховом проходе при всех формах ХГСО визу-

ализировались холестеатомные массы со зловонным запахом. Исследование слуховой функции у детей с ХГСО выявило наличие смешанной формы тугоухости со слуховыми порогами по костному проведению 20,0±1,8 дБ при обеих формах заболевания. КТ-симптомы холестеатомы среднего уха: склеротические изменения в сосцевидном отростке, наличие мягкотканого субстрата в аттике, деструктивные изменения слуховых косточек (особенно в длинном отростке и теле наковальни), расширенный адитус, кариозные изменения стенок полостей среднего уха на ограниченных участках – диагностированы у всех пациентов с ХГСО. Во всех наблюдениях диагноз холестеатомы подтвержден интраоперационными находками. Облитерирующая техника с тимпанопластикой выполнена у 17 детей с ХГСО и холестеатомой, из них у 5 – как реоперация при ее рецидиве. В послеоперационном периоде при динамическом наблюдении до 1 года после проведения МРТ в режиме диагностики холестеатомы (non-EPI DWI), клинического и аудиологического обследования отмечены хорошие анатомические (восстановление тимпанальной мембраны и отсутствие мастоидальной полости) и функциональные (костно-воздушный интервал < 20 дБ у 80%) результаты у 14 детей, в 3 случаях – рецидив холестеатомы.

Выводы. Облитерирующая (гибридная) техника при «открытых» санирующих операциях на среднем ухе при любой форме ХГСО с холестеатомой в детском возрасте, по данным катамнестического наблюдения, является эффективной в 83,3% случаев. Имеет преимущества в одноэтапности, анатомичности и функциональности.

УДК 616.24-008.444-008.64:616.323-007.61-053.4

ПОЛИСОМНОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

Крюков А. И., Ивойлов А. Ю., Тардов М. В., Архангельская И. И.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы, 117152, Москва, Россия

POLYSOMNOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME IN CHILDREN WITH PATHOLOGY OF PHARYNGEAL LYMPHOID RING

Kryukov A. I., Ivoilov A. Yu., Tardov M. V., Arkhangel'skaya I. I.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

Синдром обструктивного апноэ сна – это повторные эпизоды обструкции верхних дыхательных путей, которые обычно возникают во время сна, приводят к прекращению воздушного потока дыхания и сопровождаются уменьшением насыщения крови кислородом и избыточной дневной сонливостью. К важным факторам риска возникновения СОАС у детей относится патология лимфоглоточного кольца.

Цель исследования. Описание полисомнографических особенностей у детей с патологией лимфоглоточного кольца, поступивших для проведения оперативного лечения по поводу привычного храпа и замеченных остановок дыхания во время сна.

Пациенты и методы исследования. Было обследовано 9 детей (8 мальчиков и 1 девочка), средний возраст 4,7±1,6 года, с диагнозом аденоиды II–III ст. и гипертрофия небных миндалин II–III ст. с применением ночной полисомнографии (конфигурация и расшифровка результатов согласно стандартам Американской академии медицины сна, 2007).

Результаты исследования. По данным ночной полисомнографии общее время сна у обследованного контингента составило 7,3±0,8 ч, количество пробуждений 19,6±6,2. Средний индекс апноэ-гипопноэ составил 7,8±1,0 эпизода/ч, расстройства дыхания были представлены преимущественно апноэ обструктивного харак-

тера. Средний индекс десатураций составил 3,4±3,4 эпизода/ч при среднем уровне сатурации 96,7±1,3%. Хирургические вмешательства включали аденотомию (в 2 случаях) и аденотонзиллотомию (в 7 случаях).

Во всех случаях наблюдался положительный эффект, заключавшийся в прекращении храпа и исчезновении замечаемых родителями остановок дыхания во время сна.

Выводы. Полисомнографическое исследование дает объективную информацию о выраженности и характере нарушения дыхания у детей с патологией лимфоглоточного кольца для определения оптимальной тактики хирургического лечения.

УДК 005.591.1:616.283.1-089.843-053.2

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ

Кузовков В. Е., Сугарова С. Б., Лиленко А. С., Клячко Д. С., Шапорова А. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

OPTIMIZATION OF PEDIATRIC COCHLEAR IMPLANTATION

Kuzovkov V. E., Sugarova S. B., Lilenko A. S., Klyachko D. S., Shaporova A. V.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Методика проведения любого хирургического вмешательства у детей, в частности кохлеарной имплантации, должна прежде всего минимизировать возможные послеоперационные осложнения. Была разработана концепция щадящей хирургической методики, которая уменьшает продолжительность операции и позволяет не формировать бором ложе для импланта и отверстия для швов, что практически исключает развития такого осложнения, как эпидуральная гематома. Уменьшение времени оперативного вмешательства также снижает риск воздействия анестезии на пациента, что критически важно у детей, особенно раннего возраста.

Пациенты и методы исследования. В период с декабря 2014 г. по ноябрь 2015 г. в СПб НИИ уха, горла, носа и речи было проведено 116 кохлеарных имплантаций с использованием импланта Concerto Pin у детей. У всех пациентов, которым был установлен данный вариант импланта, была диагностирована двусторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени. Была использована классическая техника кохлеарной имплантации (мастоидэктомия/задняя тимпанотомия с дальнейшим введением электрода через окно улитки), однако фиксация импланта проводилась позади чешуйчатого шва с помощью двух специальных штифтов длиной 1,4 мм и диаметром 1,5 мм, которые надежно крепились в двух предварительно подготовленных в кортикальном слое кости отверстиях.

Результаты исследования. Проведение кохлеарной имплантации с использованием Concerto Pin занимало в среднем 30±7 мин, что на 12±3 мин меньше чем в случаях установки предыдущего варианта импланта – Sonata. Такое проведение хирургического вмешательства стало возможным в первую очередь благодаря уменьшению времени, затрачиваемого хирургом на фиксацию импланта, что, в свою очередь, связано с конструктивными особенностями модели Concerto Pin. Ввиду небольшой толщины Concerto Pin – 4,5 мм, что на 1,3 мм меньше чем у предыдущей модели, для адекватного крепления импланта не требуется костное ложе.

Кроме того, указанные особенности фиксации позволяют выполнить вмешательство через минимальный разрез в заушной области (до 6 см), что соответствует принципам малоинвазивной хирургии.

Пальпаторная проверка положения и надежности фиксации импланта, проводимая в раннем и позднем послеоперационных периодах, подтвердила его надежное прикрепление в правильной позиции. Результаты слухоречевой реабилитации обследованных больных достоверно

не отличаются от таковых при использовании имплантов Sonata. Как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде ни у одного из пациентов не отмечалось миграции или смещения импланта. Осложнений, требующих повторного хирургического вмешательства с заменой или удалением импланта, не наблюдалось.

Заключение. Использование импланта Concerto Pin позволяет сократить время проведения хирургического этапа кохлеарной имплантации в среднем на 12±3 мин, обеспечивая надежное крепление устройства.

Фиксация кохлеарного импланта без подготовки костного ложа и наложения периостальных швов минимизирует хирургическую травму мягких тканей и кости.

Результаты слухоречевой реабилитации у пациентов, имплантированных Concerto Pin, не отличаются от таковых при использовании предыдущих версий кохлеарных имплантов.

УДК 616.288.5-002.828-053.2-08

ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВОГО НАРУЖНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Кунельская В. Я., Ивойлов А. Ю., Шадрин Г. Б., Мачулин А. И.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

TREATMENT OF FUNGAL EXTERNAL OTITIS IN CHILDREN

Kunelskaya V. Ya., Ivoilov A. Y., Shadrin G. B., Machulin A. I.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, 117152, Moscow, Russia

Проблема лечения грибкового воспаления наружного слухового прохода у детей на сегодняшний день не утратила своей актуальности, так как диагностика данного заболевания является сложной и требует микробиологической дифференцировки и подтверждения при выполнении микологических и бактериологических исследований. Знание клинической картины грибкового воспаления наружного слухового прохода в зависимости от вида и рода гриба не позволяет однозначно и точно дифференцировать заболевание из-за вариабельности клинических проявлений и жалоб пациента. Огромное значение также имеет подбор топических противогрибковых препаратов, так как эффективность лечения в первую очередь зависит от избирательного действия лекарственного вещества на структуру гриба.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения грибкового поражения наружного слухового прохода у детей.

Пациенты и методы исследования. В отделе ЛОР-патологии детского возраста НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ на базе оториноларингологического отделения ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского было обследовано и пролечено 53 ребенка в возрасте от 4 месяцев до 15 лет с диагнозом наружный отит, из них 23 мальчика и 30 девочек.

Для идентификации грибковой биоты использовали метод световой и люминесцентной микроскопии нативных и окрашенных препаратов. В качестве просветляющих растворов применяли 10% гидроксид калия, раствор метиленового синего, а также калькофлюор белый. Культуральные исследования выполняли с использованием жидких и твердых питательных сред с последующим подсчетом колоний. Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест-системы API 20, плесневых грибов – по протоколу MI 38.

Результаты исследования. При проведении анализа результатов комплексного обследования 53 детей с клиническими признаками наружного отита грибковое воспаление было диагностировано у 9 детей. При выполнении микроскопии у данной группы больных выявлены грибы рода *Aspergillus, Candida* и *Geotrichum*. При проведении культуральных исследований у 6 детей отмечен рост плесневых грибов *Aspergillus niger*, у 3 детей выявлен рост монокультуры гриба *Candida albicans, Candida parapsilosis* и *Geotrichum capitatum*. У 44 детей при проведении микробио-

логического исследования выделены бактериальные штаммы.

У всех 9 детей с грибковым воспалением наружного слухового прохода при обращении были характерные жалобы: выделения из уха – у 9 пациентов, заложенность ушей и зуд в ухе – у 8, боль в ухе – у 2 пациентов. У 8 из 9 пациентов с грибковым воспалением наружного слухового прохода воспаление было односторонним, у одного ребенка – двустороннее грибковое поражение. При выполнении отомикроскопии с использованием диагностического микроскопа у всех детей с грибковым поражением наружного уха клиническая картина была представлена наличием казеозно-некротических масс в просвете наружного слухового прохода, а также явлениями миринги-та. Беловато-черные казеозные массы, напоминающие промокшую газету, выявлены у 6 детей (7 ушей), а у 3 детей отделяемое было беловато-желтым, творожистого характера.

Полученные результаты микологического исследования мы учитывали при назначении местной противогрибковой терапии.

У 7 детей с высевом плесневых и диморфных грибов для проведения местной противогрибковой терапии мы использовали 1% раствор нафтифина. Данный препарат применяли как во время проведения туалета уха, так и для самостоятельных аппликаций на турундах, кратностью 2 раза в сутки с экспозицией до 15 мин в течение масяца. У 2 детей с ростом дрожжеподобных грибов рода *Candida* для проведения туалета уха мы использовали 1% раствор клотримазола, этот же раствор применяли и для лечения – аппликации на турунде кратностью 2 раза в сутки и экспозицией до 10 мин в течение месяца.

При оценке эффективности проведенной терапии к 14-му дню лечения при выполнении отомикроскопии у всех детей наблюдали отсутствие грибковых масс в просвете наружного слухового прохода, при этом сохранялись незначительные реактивные явления со стороны кожи наружного слухового прохода. После окончания курса лечения в повторных мазках роста грибковой биоты не выявлено. Катамнестический период наблюдения составил 6 месяцев, за данный период рецидива заболевания нами не выявлено.

Выводы. При лечении детей с грибковым поражением наружного слухового прохода препаратом выбора при выявлении плесневых и диморфных грибов для проведения местной противогрибковой терапии считается раствор 1% нафтифина, а при выявлении грибов рода *Candida* – 1% раствор клотримазола.

Длительность местной терапии должна составлять не менее месяца.

УДК 616.22+616.231]-007.271-072.2-053.2

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ

Кунцман П. Э.[1, 2], Сыртланов А. Р.[1], Савельева Е. Е.[2]

[1] ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», 450099, г. Уфа, Башкортостан, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450024, г. Уфа, Башкортостан, Россия

MINIMALLY INVASIVE TREATMENTS OF LARYNGEAL AND TRACHEAL CICATRICIAL STENOSIS IN CHILDREN

Kuntsman P. E.[1, 2], Syrtlanov A. R.[1], Savel'eva E. E.[2]

[1] State-Financed Health Institution "Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov", 450000, Ufa, Bashkortostan, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Bashkir Medical University", Ufa, Bashkortostan, Russia

В последние годы в клинике отмечается рост числа детей, перенесших трахеостомию. Большая часть этих пациентов (72% по результатам анализа случаев за последние 3 года) получают лечение в условиях отделения реанимации новорожденных. Основной причиной, по нашим данным вызывающей необходимость накладывать трахео-стому, являются рубцовые сужения гортани и шейного отдела трахеи (70%). Реже к данной мере приводят заболевания и состояния, не связанные непосредственно с патологией гортани и трахеи: тяжелые неврологические нарушения (18%), аномалии развития и новообразования челюстно-лицевой области, носа, носо- и ротоглотки (синдром Пьера–Робена и др.) (7%). Также к трахеостомии приводят новообразования гортани и трахеи (3–4%). В нашей практике встречались исключительно доброкачественные опухоли: кисты, тератомы, гемангиомы.

В некоторых случаях пациенты становятся канюленосителями на продолжительный срок, принимая во внимание ранний возраст, тяжелую сопутствующую патологию. В редких случаях, когда накладывается временная трахеостома как подготовительный этап перед выполнением основного хирургического вмешательства (коррекция порока, удаление новообразования), удается провести деканюляцию. Учитывая серьезные аспекты трахеоканюленосительства: социальные (инвалидизация 100%), медицинские (необходимость в постоянном наблюдении), педагогические (задержка речевого развития как результат дис- или афонии), психологические и семейные, нами применялись методики, позволяющие избавить пациентов от трахеостомической трубки.

Первым шагом на пути освоения простейшей ларингеальной хирургии стала методика бужирования при стенозах гортани и трахеи. Бужирование производилось термопластичными интубационными трубками требуемого диаметра при прямой опорной ларингоскопии. Трубки обрабатывались глюкокортикостероидной мазью. После операции назначался курс дексаметазона 0,1 мг/кг дважды в день внутримышечно, при необходимости проводилась антирефлюксная терапия. При возвращении симптомов стеноза процедура повторялась через 3 недели. В период с 2011 по 2013 г. по данной методике наблюдалось 8 детей, у 5 из них в сроки до 2 месяцев после вмешательства развился рецидив стеноза.

С 2012 г. нами освоен и применяется метод баллонной ларинго-, трахеопластики при рубцовых стенозах. Операция осуществляется при прямой опорной микроларинготрахеоскопии. С помощью проводниковой системы для баллонной дилатации устанавливается гибкий баллонный катетер в суженный просвет. Баллон раздувается на 1 мин с помощью жидкости, давление контролируется устройством с манометром (рабочее – 12–14 атм., max – 16). За одну операцию выполняются 3 процедуры. Операции повторяются не менее 3 раз с интервалом в 7–10 дней. При необходимости выполняются послабляющие рубец разрезы как «холодным» инструментом, так и контактным лазером. Консервативная терапия аналогична применяемой при бужировании. Всего в отделении по описанной выше методике наблюдается 32 ребенка, из них деканюлированы 25 человек, ожидают оценки результатов лечения – 4, рецидивов – 3.

Выводы. Методика баллонной дилатации позволяет расширить просвет гортани и трахеи на уровне поражения при сохранении его целостности, представляет собой функционально щадящий метод лечения циркулярных ограниченных рубцовых стенозов у детей.

Данная методика безопасна, не требует сложного оборудования, позволяет добиться положительных результатов в лечении рубцовых стенозов гортани и шейного отдела трахеи у детей.

УДК 616.89-008.434.35:616.283.1-053.2-08.039.73

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СЛУХОВОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Левина Е. А., Королева И. В., Кузовков В. Е., Шашукова Е. А., Аносова Л. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 190013, Санкт-Петербург, Россия

REHABILITATION OF PATIENTS WITH AUDITORY NEUROPATHY AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

Levina E. A., Koroleva I. V., Kuzovkov V. E., Shashukova E. A., Anosova L. V.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Кохлеарная имплантация (КИ) является наиболее эффективным методом реабилитации больных со значительной степенью потери слуха. Слуховая нейропатия – это клинический синдром, который характеризуется нарушением речи. К механизмам нарушения при слуховой нейропатии относятся: нарушение функции внутренних волосковых клеток, нарушение синаптической передачи между внутренними волосковыми клетками и нейронами спирального ганглия, нарушение синхронизации волокон слухового нерва, у некоторых пациентов может быть как один из механизмов, так и сочетание 2 или 3 нарушений.

Цель исследования. Изучить особенности реабилитации больных со слуховой нейропатией после кохлеарной имплантации.

Пациенты и методы исследования. В исследовании приняли участие 30 пациентов в возрасте от 2 до 9 лет. Всем пациентам была выполнена кохлеарная имплантация. Пациенты были разделены на две группы: первая группа – 15 пациентов со слуховой нейропатией, вторая группа – дети с сенсоневральной тугоухостью 4-й степени. Для того чтобы оценить слухоречевое развитие, были использованы анкетирование родителей, тесты фонем для детей.

Результаты исследования. У всех пациентов с слуховой нейропатией был получен ответ на тоновые сигналы. У 60% детей со слуховой нейропатией реакции на звуки развиваются у детей с сенсоневральной потерей слуха. В 40% случаев были проблемы в развитии способности различать звуки речи, что ограничивает их способность научиться понимать обращенную речь и артикуляцию аспектов речи через слуховое восприятие. У пациентов со слуховой нейропатией наблюдалось:

– быстрое угасание реакции различения фонем;

– трудности различения звуков при увеличении длительности сигнала;

– увеличение времени адаптации к изменениям в настройках речевого процессора;

– отсутствие статистически значимых различий в уровнях стимуляции 1-й и 2-й групп в 80% случаев;

– более высокие уровни стимуляции у 20% пациентов.

Выводы. Кохлеарная имплантация – это метод выбора для реабилитации больных со слуховой нейропатией.

Во время реабилитации детей со слуховой нейропатией очень важно постоянное взаимодействие логопеда и отоларинголога для выбора наиболее эффективного метода коррекции и опытно-конструкторских работ.

Анализ данных динамического наблюдения позволяет предположить, что группа пациентов со слуховой нейропатией не является однородной. Выбор абилитационных мероприятий зависит от локализации нарушений:

– пресинаптические (локализация в дистальной части слухового нерва);

– постсинаптических (локализация в проксимальной части слухового нерва).

УДК 616.284-002.5-053.36

ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДНЕГО УХА – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Марченко А. С., Егоров В. И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

TUBERCULOSIS OF THE MIDDLE EAR – A CLINICAL CASE

Marchenko A. S., Egorov V. I.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Несмотря на научные достижения в области диагностики и лечения, профилактики заболеваний, вызванных микобактериями туберкулеза, данная проблема до сих пор остается актуальной для врачей различных специальностей. Современная литература демонстрирует обширные знания о проявлениях туберкулезного процесса наиболее распространенных локализаций, что нельзя сказать о таких редко встречающихся клинических ситуациях как, например, туберкулезный средний отит. В начале XX в. туберкулез среднего уха составлял 3–5% от всех случаев хронических гнойных средних отитов.

Цель исследования. Описание клинического случая у пациента 2 лет, наблюдавшегося на базе МОНИКИ с диагнозом: туберкулез ВГЛУ средостения с двусторонним поражением и формированием бронходулярных свищей, двусторонней деструктивной пневмонией, МБТ(+); остеомиелит лобной кости; двусторонний гнойный средний (туберкулезный) отит; мастоидит слева.

Пациент Д., возраст 2 года, переведен в МОНИКИ с диагнозом: острая двусторонняя деструктивная пневмония с абсцедированием справа; остеомиелит правой лобной кости, осумкованный абсцесс; сепсис; задержка психомоторного развития. Анамнез практически не известен (ребенок доставлен по акту беспризорного и безнадзорного). При первичном осмотре общее состояние тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена интоксикационным синдромом: температура тела 37,6 °С, пульс 130 уд. в минуту, адинамия, ребенок пассивный, не вступает в контакт, гипостенического телосложения, с признаками дыхательной недостаточности (ЧДД 30 в минуту, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные хрипы в нижней доле правого легкого), менингеальной симптоматикой (сомнительный симптом Кернига, ригидность затылочных мышц).

Локально: в области правой лобной пазухи пальпаторно отмечается флюктуация, на пальпацию ребенок реагирует плачем, кожные покровы в зоне поражения обычной окраски. Рентгенологически: в легких с обеих сторон – картина инфильтративных изменений в легочной ткани, выраженных в средних и нижних отделах. Справа по междолевой плевре более четко выражена полость деструкции в передних отделах. Слева в базальных отделах подозрение на формирование полости деструкции. РКТ головного мозга: выраженные признаки гидроцефалии, перивентрикулярного отека мозговой ткани. Объемное образование тела внутренней пластины лобной кости слева с отсутствием наружной пластины (остеома), с выраженным мягкотканым отеком медиальной части глазницы. В лабораторных анализах обращают на себя внимание нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, лимфоцитоз.

Больной осмотрен ЛОР-врачом – двусторонний гнойный средний отит. Начата консервативная терапия: антибактериальная, инфузионная терапия, местно антибактериальные капли. Наблюдение в динамике. Повторное РКТ-исследование – абсцесс мягких тканей лобно-орбитальной области справа. Расширение ликворных пространств головного мозга. КТ-картина острого двустороннего отита. Субпериостальный абсцесс левой заушной области. Дефект сосцевидного отростка слева. Консервативная терапия без выраженного эффекта. Выполнена операция – двусторонняя антромастоидотомия.

Гистологически – небольшие фрагменты грануляционной ткани с примесью многоядерных клеток Пирогова–Лангханса, эпителиоидных клеток и казеозеподобные некротические массы с лейкоцитарной инфильтрацией. При окраске по Цилю–Нильсену выявлены кислотоустойчивые микобактерии. Изменения не противоречат диагнозу туберкулез.

На основании полученных данных выставлен диагноз – двусторонний гнойный средний (туберкулезный) отит. Мастоидит слева. Выписан в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки.

Обсуждение. Развитие туберкулезного поражения среднего уха на фоне системной диссеминации процесса является довольно редким и потому трудно диагностируемым осложнением. Значительную роль в патогенезе, без сомнения,

следует отвести системным иммунологическим нарушениям, прежде всего в Т-клеточном звене. Данный клинический случай является яркой иллюстрацией того факта, что при грамотной диагностике и своевременно проведенном лечении возможно полное излечение.

Выводы. Являясь редким и потому трудно диагностируемым состоянием, туберкулезный средний отит имеет место быть в наше время.

Своевременная диагностика и, как следствие, раннее начатое лечение являются факторами благоприятного исхода заболевания.

УДК 616.284+616.288-072.7-053.32

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРИСТИК ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ НА ЧАСТОТЕ ПРОДУКТА ИСКАЖЕНИЯ И ДАННЫХ ТИМПАНОМЕТРИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Матроскин А. Г.[1], Рахманова И. В.[1], Дьяконова И. Н.[1], Лебедева С. Ю.[1], Донин И. М.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Российский научный исследовательский медицинский центр им. Н. И. Пирогова», 117997, Москва, Россия

[2] БУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница», 119049, Москва, Россия

ASSESSMENT OF THE CHARACTERISTICS ON THE PRODUCT DISTORTION OTOACOUSTIC EMISSION OF TYMPANOMETRY IN CHILDREN, WHO BORN WITH EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT

Matroskin A. G.[1], Rakhmanova I. V.[1], D'yakonova I. N.[1], Lebedeva S. Yu.[1], Donin I. M.[2]

[1] Russian Scientific Research Medical Center named after N. I. Pirogov, Moscow, Russia

[2] Morozov Children's City Clinical Hospital, Moscow, Russia

В настоящее время в основном пользуются двумя методами для оценки слуха у недоношенных детей: это отоакустическая эмиссия, в большей степени отражающая работу наружных волосковых клеток улитки, и тимпанометрия – характеризующая работу среднего уха.

Имеющиеся работы по изучению влияния показателей тимпанометрии на отоакустическую эмиссию показывают зависимость прохождения и непрохождения теста задержанной отоакустической эмиссии у доношенных детей первого года жизни или раннего возраста от вида тимпанограммы.

Цель исследования. Поиск корреляционной зависимости между амплитудой отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения и некоторыми характеристиками тимпанограмм на двух частотах (226 Гц и 1 кГц) у недоношенных детей, рожденных с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы исследования. Учитывая цель предстоящего исследования, проведен ретроспективный анализ показателей отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения и тимпанограмм, полученных при скрининговой и высокочастотной тимпанометрии у недоношенных детей, рожденных в срок 25–28 недель гестации.

Всего за период работы было обследовано: 582 тимпанограммы, выполненные на частоте 226 Гц (291) и 1 кГц (291), и 291 кривая отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения (DP-граммы). В исследовании приняли участие 54 ребенка (107 ушей) в возрасте 3 месяцев, 48 детей (95 ушей) – 6 месяцев, и 45 детей (90 ушей) – 1 год жизни. Аудиологическое обследование двумя методами проведено у одних и тех же детей.

На DP-грамме изучались усредненная амплитуда вызванного отоакустического ответа (мощность, МАО) и амплитуды ответа на отдельных частотах: 1, 2, 4, 6 кГц. Эти показатели сопоставлялись со следующими характеристиками тимпанограмм: шириной (ШТ), статическим комплаенсом (СК), интратимпанальным давлением (ИД) и индексом акустической податливости (ИАП).

Нормальность распределения определяли по критерию Колмагорова–Смирнова. В случае нормального распределения ($p > 0{,}05$) использовали коэффициент корреляции Пирсона, а при ненормальном ($p < 0{,}05$) рассчитывали непараметри-

ческий коэффициент корреляции Спирмана (*R*). Корреляцию считали значимой при $r > 0,2$ и $p < 0,05$.

Условием включения в работу являлось отсутствие в анамнезе патологии со стороны челюстно-лицевого аппарата и сенсоневральной тугоухости, острого воспаления среднего уха и серных масс.

Результаты исследования. Анализ корреляционной зависимости параметров отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения от скрининговой и высокочастотной тимпанометрии показал прямую умеренную зависимость значений МАО наружных волосковых клеток улитки на частотах 2 и 4 кГц от ШТ ($r = 0,3$, $p = 0$), СК ($r = 0,3$, $p = 0,01$), ИАП ($r = 0,4$, $p = 0,000$), полученных при тимпанометрии на частоте зондирующего тона 1 кГц.

Ответ наружных волосковых клеток улитки, полученных на 6 кГц, находился в зависимости от ШТ ($r = 0,3$, $p = 0,001$) при обследовании на 1 кГц.

В 6 месяцев жизни анализ взаимосвязи параметров изучаемых методов обследования показал прямую умеренную корреляцию между МАО, амплитудами 2–6 кГц и ШТ, полученной при исследовании на двух частоте как на 1 кГц ($r = 0,3–0,5$, $p = 0,001$), а также данными на частоте 2 кГц, от статического комплаенса на 1 кГц ($r = 0,3$, $p = 0,003$).

При анализе параметров в 1 год жизни выявлена умеренная и высокая корреляционная взаимосвязь между ответами улитки на частотах 2–6 кГц, МАО и ШТ, полученной при исследовании на 1 кГц ($r = 0,3–0,5$, $p = 0,004$), а также менее выраженная умеренная зависимость значений амплитуды на частоте 1 кГц и МАО от СК на 226 Гц ($r = 0,2$, $p = 0,018$).

Заключение. Полученные корреляционные зависимости свидетельствуют в пользу участия структур среднего уха в амплитуде отоакустического вызванного ответа, регистрируемого при ПИОАЭ.

Учитывая вышеперечисленные данные, необходимо в очередной раз подчеркнуть важность проведения тимпанометрии перед отоакустической эмиссией у недоношенных детей первого года жизни.

УДК 616.21-053.5(079.5):005.962.131

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF 36

Мкртчян С. А., Шукурян А. К.

ГБОУ «Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци», Ереван, Республика Армения

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PREVENTION OF ENT DISEASES AMONG SCHOOL CHILDREN USING THE QUESTIONNAIRE SF 36

Mkrtchyan S. A., Shukuryan A. K.

State Institution Yerevan State Medical University, the Republic of Armenia, Yerevan

Aim of the research: to substantiate the change of clinical role application of life quality parameters as clinical productivity evaluating measure of ENT prophylaxis (preventive healthcare).

Tasks of the research: to evaluate the clinical productivity of the prophylactic program's main directions for verifier and program's investment periods, applying the indices of life quality parameter's change, ENT disease complications and manifestation of the main symptoms.

Patients and methods. The logistics bases used for the research are randomly selected three schools situated in Yerevan. The selection has formed 443 monitoring units. The study of chronic ENT disease among schoolchildren has been done according to specialized medical tests. According to age, the selection has been divided the following way. The research includes such measures as chronic compensated tonsillitis, second degree overgrowth of adenoid (lymphatic) tissue, chronic rhinitis, chronic sinusitis, frequent morbidity among schoolchildren. An analysis of retrospective data was using the questioning method and school years were taken as reference period. The results were compared with the data analysis of the period when prophylactic program was applied. Below you can see the framework of ENT diseases we found out amongst 237 schoolchildren according to nosologies. Based on the results of ENT

research we have developed a preventive healthcare plan of ENT disease among schoolchildren. It includes prophylactic, counseling and analytical evaluation directions. Schoolchildren and their parents have filled in the questionnaire called SF (Short Form) 36. During scale data the following total integral index can be derived: total point of LQ's physical component (PH), total point of LQ's psychosocial function (MH), total point of LQ. In order to calculate these two components the following parameters need to be analyzed: physical functioning (FF), physical role functioning (RP), emotional role (RE), vitality (VT) mental health (MH), physical health (FH), social functioning (SF), pain intensity (BP), general health (GH). Data assessment is done with the help of 100 grade scale system. Moreover, the higher the child's total point, the higher his LQ is graded.

Results of the Research and Discussion. The results show that the cases of respiratory disorders and cases of URTI (upper respiratory tract infection) for unfavorable epidemiological period are reduced. Schoolchildren and their parents have filled in the questionnaire called SF 36. During scale data the following total integral index can be derived: total point of LQ's physical component (PH), total point of LQ's psychosocial function (MH), total point of LQ. In order to calculate these two components the following parameters need to be analyzed: physical functioning (FF), physical role functioning (RP), emotional role (RE), vitality (VT) mental health (MH), physical health (FH), social functioning (SF), pain intensity (BP), general health (GH).Data assessment is done with the help of 100 grade scale system. Moreover, the higher the child's total point, the higher his LQ is graded. As the analysis of the research study shows a total of 53, 5% of schoolchildren are found to suffer from ENT disease. This fact proves that relapse preventing treatment therapy is ineffective.It is quite rational to look for new modes and methods to carry out the prophylactic work, in condition of which ENT doctors, pediatricians, teachers, parents as well as health care workers can cooperate. The density of missing the classes because of chronic ENT isease complications has noticeably decreased for compared periods.All the LQ parameters of schoolchildren involved in the prophylactic program were reliably high.So clinical role productivity of chronic diseases of nasal and paranasal cavity prophylaxis, according to LQ evaluation, was high for nearly all the components of life quality. It was particularly high for physical role and emotional functioning, vitality, mental, physical and general health, pain intensity. The program was quite productive for ENT diseases of this type.The clinical role of productivity of pharynx chronic inflammatory disease, according to LQ evaluation parameters, was high for the following LQ components: emotional role functioning, vitality, mental and general health, pain intensity, social functioning. The program was quite productive for ENT diseases of this type. The clinical role of productivity of chronic inflammation disease of ear according to its effect on LQ components was estimated as low. This fact proves that it is necessary to have a distinguished approach to prevent chronic inflammatory disease of ear.URTI morbidity reduction, favorable process of ENT disease and high indices of LQ basic components' clinical productivity were registered among schoolchildren included in the prophylactic program.Clinical productivity of prophylactic measures of ENT disease, according to LQ parameters' clinical role diversity, had some nosological features. According to LQ parameters' clinical role diversity, it was productive for nasal and paranasal cavity, pharynx chronic diseases.

УДК 616.212.5-089.844-053.2

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПЕРФОРАЦИЯХ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Молодцова Е. В., Юнусов А. С.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, 123182, Москва, Россия

FEATURES OF SURGICAL TACTICS CLOSING SEPTAL DEFECTS IN CHILDREN

Molodtsova E. V., Yunusov A. S.

Federal State Budgetary Institution "Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology" to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

Перфорации перегородки носа являются одним из сложных вопросов в практической деятельности врача-оториноларинголога, особенно в детском возрасте. Возникновению стойкой перфорации способствует нарушение питания хряща, дисбаланс между хрящевой, эпителиальной и соединительной тканями. При перфорации перегородки носа происходят патофизиологические изменения ламинарного потока вдыхаемого воздуха на турбулентный, что вызывает ухудшение нормального физиологического состояния реснитчатого эпителия слизистой оболочки полости носа, вследствие чего развиваются дегенеративные и трофические изменения, которые приводят к хроническому перихондриту и еще большему некрозу хряща. Вследствие этого возникает замкнутый круг: увеличивается размер перфорации, формируется седловидная деформация наружного носа и прогрессирует нарастание клинических симптомов. Таким образом, порочный патофизиологический круг замыкается, а разорвать его сможет только хирургическое закрытие дефекта перегородки носа.

Предложено в настоящее время множество методов закрытия перфораций перегородки носа, но ни один из них не гарантирует 100%-ного результата. По мнению большинства отечественных и зарубежных коллег, наиболее результативными методами являются аутотрансплантация и различные варианты местно-пластических операций. Но данные способы также обладают недостатками, определяющимися отсутствием четких показаний для выбора того или иного способа реставрации перегородки носа в зависимости от этиологии, размера и локализации дефекта. Наиболее перспективным способом является способ закрытия септальных перфораций с использованием слизистой оболочки нижних носовых раковин на питающей ножке. Материал, полученный при этом методе, наиболее оптимально соответствует по своему гистологическому строению слизистой оболочке перегородки носа у детей.

Пациенты и методы исследования. В нашем исследовании были обследованы и прооперированы 14 пациентов, у 6 из которых был применен новый способ закрытия перфорации перегородки носа. Причиной возникновения перфорации перегородки носа у 5 пациентов являлась дисковая батарейка, пребывание которой в полости носа составляло от 40 мин до 24 ч, у 2 пациентов – прижигание сосудов зоны Киссельбаха, у 7 пациентов – последствия перенесенной травмы и хирургического вмешательства (септопластика).

Пациенты были разделены на две группы. Первой группе пациентов (n = 8) было проведено пластическое закрытие дефекта перегородки носа каркасным способом аутотрансплантации хряща ушной раковины с использованием слизистой оболочки нижних носовых раковин на питающей ножке. Во второй группе пациентов (n = 6) применен новый способ пластики перегородки носа с помощью свободной трансплантации аутотканей полости носа из нижней носовой раковины с противоположной стороны.

В качестве предоперационной подготовки пациентам промывали и увлажняли полость носа аэрозольными изотоническими растворами на основе морской соли, закапывали или вводили на тампонах персиковое масло либо масляные растворы витаминов А и Е, использовали мази с декспантенолом. Пациентам с субтотальными перфорациями и большим количеством кровянистых корок назначали аппликации метилурациловой мази.

В 1-й группе пациентов использовался 2-этапный каркасный способ аутотрансплантации хряща ушной раковины с использованием слизистой оболочки нижних носовых раковин на питающей ножке с интервалом в 1,5–2 месяца. В первые сутки после удаления тампонов в области хирургического вмешательства отмечалась выраженная сосудистая реакция. В катамнезе у пациентов на месте перфорации цвет слизистой оболочки практически не отличался от окружающих тканей.

Во второй группе при субтотальных дефектах перегородки носа был применен новый способ пластики перегородки носа с помощью свободной трансплантации аутотканей полости носа нижней носовой раковины с одной стороны, а с противоположной – методом перемещения мукоперихондрия и мукопериоста и их сшиванием. Обязательным условием при данной методике является реимплантация остатков четырехугольного хряща с хондроинверсией и перемещением участка дефекта в область сошника. Таким образом, хрящевой каркас формируется из остатков 4-угольного хряща. После удаления тампонов слизистая оболочка розовая, пересаженный лоскут состоятельный, перфорация полностью закрыта.

Данная методика позволяет сократить сроки реабилитации пациентов с перфорациями перегородки носа.

УДК 616.211-003.282-072.1-053.2

СПОНТАННАЯ НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Никитин Н. А., Пискунов В. С.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305007, г. Курск, Россия

БМУ «Курская областная клиническая больница, 305007, г. Курск, Россия

SPONTANEOUS NASAL LIQUORRHEA IN CHILDHOOD

Nikitin N. A., Piskunov V. S.

Спонтанная назальная ликворея (СНЛ) является достаточно редкой патологией, возникающей у детей, и случаи ее диагностики представляют сложности среди врачей-оториноларингологов, которые порой расценивают выделения светлой жидкости из полости носа как аллергический ринит либо проявления хронического аденоидита.

Цель исследования. Совершенствование хирургического лечения у детей со СНЛ.

Пациенты и методы исследования. В период с 2003 по 2016 г. нами с использованием эндоназального эндоскопического подхода было прооперировано 65 больных разного возраста с назальной ликвореей, из них 5 детей с НЛ, что составляет 7,4%. У 3 детей НЛ возникла в результате черепно-мозговой травмы при дорожно-транспортном происшествии. Им была выполнена эндоназальная эндоскопическая пластика ликворного свища с использованием слизистой оболочки средней носовой раковины, слизистой оболочки перегородки носа, слизистой оболочки гипертрофированного крючковидного отростка и вариантов их комбинирования под ЭТН. В сроке наблюдения 26 месяцев рецидива заболевания не выявлено. У одного ребенка, 16 лет, назальная ликворея возникла вследствие наличия менингоцеле. Под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) выполнено удаление менингоцеле с последующей пластикой ликворного свища двойным лоскутом аутотканей, сформированным из слизистой оболочки перегородки носа и средней носовой раковины. В сроке наблюдения 16 месяцев рецидива не было.

Один случай спонтанной НЛ наблюдался у девочки 10 лет. У данной пациентки было выявлено отставание в физическом развитии, костный возраст соответствовал 7–8 годам. При эндоскопическом осмотре выявлены гипертрофия клетки бугорка носа, выпячивание его к перегородке и в свод общего носового хода. Средняя носовая раковина оттеснена медиально и книзу, несколько уменьшена в размере.

При КТ околоносовых пазух выявлено, что задние ячейки решетчатой кости слева заполнены содержимым ликворной плотности. Ольфакторные ямки ассиметричные: справа глубиной до 5 мм, слева – до 8 мм. Под ЭТН была выполнена пластика ликворного свища с использованием слизистой оболочки из области гипертрофированной клетки agger nasi и средней носовой раковины. Послеоперационный период протекал без особенностей. В целях предотвращения развития синусита и внутричерепных осложнений были назначены антибиотики широкого спектра действия в обычных дозах. Ограничен прием жидкости, назначены мочегонные препараты, строгий постельный режим с ограничением действий, приводящих к нагруз-

кам по типу пробы Вальсальвы. Люмбальный дренаж не использовался. Тампон удален через 4 суток, ликвореи не отмечено. Больная осмотрена через 1, 3, 6, 12 месяцев.

Спустя 2 года возник рецидив появления спонтанной назальной ликвореи. При эндоскопическом осмотре перемещенный лоскут аутотканей, сформированный из слизистой оболочки гипертрофированной клетки agger nasi и средней носовой раковины и выглядит атрофичным, определяется ликворный ручеек, исходящий из области ситовидной пластинки решетчатой кости. При КТ околоносовых пазух выявлена ассиметрия ольфакторных ямок: справа глубиной до 7 мм, слева – до 11 мм. Больной повторно выполнена пластика ликворного свища при помощи выкроенного лоскута слизистой оболочки перегородки носа и средней носовой раковины. Послеоперационный период без особенностей. Фиксирующий тампон из полости носа удален на 5-е сутки, признаков назальной ликвореи нет. В сроке наблюдения 3 месяца рецидива заболевания не выявлено.

По нашему мнению, в приведенном наблюдении развитию СНЛ способствовало установленное эндокринологами значительное отставание ребенка в физическом развитии, проявляющееся такими морфологическими показателями, как длина тела и ее погодовые прибавки. Отставание биологического возраста проявляется частыми отклонениями в развитии опорно-двигательного аппарата, уровня окостенения скелета, нервной и сердечно-сосудистой системы. Очевидно, у ребенка имело место недостаточное накопление пиковой костной массы, в частности, в области ситовидной пластинки. Появлению спонтанной назальной ликвореи из левой половины носа способствовала более глубокая левая ольфакторная ямка.

Выводы. Эндоназальный эндоскопический метод хирургического лечения спонтанной назальной ликвореи (СНЛ) у детей с использованием аутотканей эффективен, легко переносится больными, обеспечивает стойкое выздоровление.

При использовании аутотканей для пластики ликворного свища необходимо выкраивать лоскут большего размера, так как в послеоперационном периоде происходит его атрофия, а это в свою очередь, приводит к развитию рецидива заболевания.

УДК 616.28-008.1-072.7-053.5

СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Николаева А. И.[1], Добрецов К. Г.[2]

[1] ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, 123182, Москва, Россия

[2] Центр оториноларингологии ФГБУ «Федерального сибирского научно-клинического центра» ФМБА России, г. Красноярск, Россия

HEARING SCREENING OF CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE

Nikolaeva A. I.[1], Dobretsov K. G.[2]

[1] Federal State Budgetary Institution "Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology" to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

Center of Otorhinolaryngology, Federal State Biological University of the Federal Siberian Scientific and Clinical Center, Russia, Krasnoyarsk, Russia

Снижение слуха у детей – это не только проблема здоровья, но и серьезное препятствие для получения образования, причина психоэмоциональных и речевых расстройств. Существует ряд доказательств, что даже минимальная двухсторонняя и односторонняя тугоухость в детстве негативно влияет на развитие ребенка.

Дети с односторонней тугоухостью и минимальной сенсоневральной тугоухостью (от 16 до 25 дБ) составляют группу риска, поэтому долж-

ны состоять на диспансерном учете у сурдолога и ежегодно обследоваться, даже если у них не появились новые жалобы [Таварткиладзе Г. А. и др., 2006].

Тональная пороговая аудиометрия является золотым стандартом для диагностики нарушений слуха [Kam A. C. S. et al., 2014].

Пациенты и методы исследования. По результатам скринингового обследования слуха 1153 учащихся первых классов общеобразовательных школ методом тональной пороговой аудиометрии (положительный результат при данных обследования 25 дБ и выше на одну или несколько частот на одно или оба уха) снижение слуха выявлено у 15% обследованных (173 ребенка).

50 детей из группы с выявленным при скрининговом обследовании снижением слуха приняли участие в дополнительном обследовании, которое включало: сбор анамнеза, эндоскопический осмотр ЛОРорганов, тональную пороговую аудиометрию и импедансометрию. Статистически значимых различий в структуре видов тугоухости между основной группой детей и выборкой нет. В результате обследования у 3 детей на момент обследования не было выявлено патологии со стороны ЛОРорганов, данные аудиометрии в пределах нормы. Следует отметить, что не во всех случаях дополнительное обследование проводилось в течение нескольких дней после скринингового обследования.

У 22 детей (46,8±9,0%) причиной снижения слуха являлось локальное снижение слуха на частоте 8000 Гц. Диапазон изменений от 25 до 70 дБ. Следующей по частоте встречаемости патологией был хронический экссудативный средний отит, во всех случаях сопровождавшийся гипертрофией глоточной миндалины II–III степени (9 детей, 19,1±7,1%). Серные пробки были обнаружены у 7 детей (14,9±7,0%). В большинстве случаев серные пробки были удалены во время осмотра (у 5 из 7 детей), по данным аудиометрии после удаления серных пробок слух в пределах нормы. Дисфункция слуховой трубы обнаружена у 6 детей (12,8±5,3%) и, так же как и ХЭСО, сопровождалась гипертрофией глоточной миндалины II–III степени. Также выявлено по 1 ребенку с хроническим односторонним эпимезотимпанитом с холестеатомой и смешанной тугоухостью II степени на это ухо, односторонней сенсоневральной глухотой и смешанной тугоухостью II степени на второе ухо в результате хронического экссудативного среднего отита и 1 ребенок с сенсоневральной тугоухостью IV степени (ношение слуховых аппаратов на оба уха).

Результаты аудиологического скрининга показывают, что у каждого седьмого первоклассника (15,0±1,2%) выявлялось снижение слуха. Среди причин снижения слуха преобладают начальные явления сенсоневральной тугоухости (46,8±9,0%), хронический экссудативный средний отит, дисфункция слуховой трубы (31,9±8,2%) и серные пробки (14,9±6,0%).

Многие исследователи в программу скринингового обследования слуха включают тимпанометрию [Логинов С. Н., 2005; Коваленко С. Л., 2009; Sarafraz M. et al., 2009; Muller R. et al., 2012; Yamamah G. et al., 2012; Sharma K. et al., 2016]. В половине случаев экссудативного среднего отита отсутствуют признаки снижения слуха по данным аудиометрии.

На следующем этапе исследования планируется дополнение скрининговой аудиометрии данными тимпанометрии.

УДК 616.323-007.61-089.87-005.1-08-053.2

ПЛАЗМЕННЫЙ ФИБРОНЕКТИН В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

Очилов Р. Т.[1], Начаров П. В.[2], Дроздова М. В.[2]

[1] ГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К. А. Раухфуса», 191036, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФБГУ «СПб НИИ уха, горла и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

PLASMA FIBRONECTIN IN HEMOSTASIS SYSTEM IN CHILDREN WITH PATHOLOGY OF THE LYMPH EPITHELIAL PHARYNGEAL RING

Ochilov R. T.[1], Nacharov P. V.[2], Drozdova M. V.[2]

[1] Children's city hospital N 19 named after K. A. Raukhfus, Saint Petersburg, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

При проведении аденотомии, тонзиллотомии, тонзиллэктомии существует высокий риск возникновения кровотечения у детей с бессимптомными формами геморрагического диатеза. Однако практические наблюдения показывают, что и сами хирургические вмешательства у пациентов с удовлетворительными результатами гемостазиологических исследований, входящих в стандартное предоперационное обследование, приводят к временным нарушениям в системе гемостаза. Эти нарушения могут сопровождаться кровотечением при операциях на лимфоэпителиальном глоточном кольце. Лабораторные исследования системы гемостаза должны давать возможность для определения причин этих кровотечений, локализации и степени функциональных нарушений гемостаза.

Лучшее понимание механизмов свертывающей системы имеет важное значение для лечения и профилактики геморрагических и тромботических расстройств.

В последние десятилетия внимание многих исследователей системы гемостаза обращено к плазменному фибронектину. Название этого белка отражает одну из его способностей связываться с фибриллярными («волоконными») белками, например с фибрином (от лат. fibra – волокно, nectere – связывать). Фибронектин существует в двух формах: плазменной и клеточной, которые обладают различными структурами.

Цель исследования. Изучение уровня фибронектина в крови у детей с патологией ЛГК в качестве предиктора развития интра- и послеоперационных кровотечений.

Пациенты и методы исследования. Работа проведена с использованием клинических и лабораторных методов исследования у детей с патологией лимфоэпителиального глоточного кольца (ЛГК) и сопутствующими заболеваниями, такими как хронические персистирующие БГСА-, ВЭБ- и ЦМВ-инфекции. В группу контроля были включены дети без воспалительных явлений лимфоидной ткани.

Проведено клинико-лабораторное обследование 145 детей в возрасте от 2 до 14 лет, которые поступали на оперативное лечение в детское отделение СПб НИИ ЛОР с патологией лимфоэпителиального глоточного кольца, а также детей без признаков патологии лимфоэпителиального глоточного кольца, относительно здоровых, проходивших обследование в СПб НИИ ЛОР.

Результаты исследования и обсуждение. Нами проведено определение уровня интактного фибронектина в плазме крови у пациентов в группах исследования и контроля как в предоперационный период, так и во время оперативного лечения. Средний уровень плазменного фибронектина у больных составил 153±61 мкг/мл, что оказалось несколько выше референтных значений – от 70 до 148 мкг/мл. Наибольший уровень фибронектина отмечен у детей в возрастной группе от 6 до 7 лет – 186±43 мкг/мл. В контрольной группе среднее значение уровня плазменного фибронектина составило 126±26 мкг/мл, что попадает в диапазон референсных значений.

В зависимости от наличия в крови и вида маркеров хронических персистирующих инфекций больные были распределены на три группы исследования:

– первая – с маркерами герпесвирусных (ВЭБ и ЦМВ) инфекций;

– вторая – с антистрептолизином-О;

– третья – без указанных маркеров.

Анализ уровней плазменного фибронектина в группах показывает, что в группе без маркеров инфекций 122±38 мкг/мл и в группе контроля

126±26 мкг/мл уровни фибронектина являются схожими и находятся в пределах референсных значений. В группе с маркерами герпесвирусных инфекций среднее значение плазменного фибронектина 155±101 мкг/мл превышает референсные значения. В группе с антистрептолизином-О выявлен максимальный уровень фибронектина – 181±43 мкг/мл. Несмотря на то что выявленные различия между группами представляют собой только тенденцию ($p > 0,05$), они являются свидетельством влияния хронических инфекций на продукцию фибронектина у детей с хронической патологией лимфоэпителиального глоточного кольца, что может быть связано с нарушениями внешнего и внутреннего каскадов свертывающей системы.

Заключение. Установлено, что при выполнении операций на лимфоэпителиальном глоточном кольце персистенция хронических герпесвирусной и стрептококковой инфекций является фактором риска возникновения операционных кровотечений.

Повышение уровня плазменного фибронектина у детей с маркерами этих инфекций, возможно, является компенсаторной реакцией на скрытые нарушения системы гемостаза.

УДК 616.322-002.2-036.12-053.31.5-08-039.43: 612.017.1

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Песчаный В. Г.

ЗАО «Центр аллергии и иммунологии», 350007, г. Краснодар, Россия

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF PHOTODYNAMIC THERAPY AT CHILDREN WITH THE CHRONIC TONSILLITIS

Peschany V. G.

Center of Allergy and Immunology, Krasnodar, Russia

Цель исследования. Оценить влияние усовершенствованной методики фотодинамической терапии (УМФДТ) на характер клинических изменений, динамику параметров системного иммунитета, а также содержание про- и противовоспалительных цитокинов у детей с хроническим тонзиллитом (ХТ) в зависимости от размера небных миндалин (НМ).

Пациенты и методы исследования. Выполнена клинико-иммунологическая оценка эффективности УМФДТ у 40 детей в возрасте 7–14 лет с декомпенсированной формой ХТ. Декомпенсация заболевания характеризовалась рецидивами ангин и общими токсико-аллергическими явлениями. Использованная УМФДТ включает освещение НМ и ротоглотки квазимонохроматическим красным светом (λ_{max} = 660 нм) в присутствии метиленового синего. Пациенты были пролечены двумя 10-дневными курсами с интервалом около 6 месяцев. Оценку регресса местных симптомов хронического воспаления и размеров НМ проводили при периодических ЛОР-осмотрах, а характер и динамику системных иммунологических изменений – по результатам комплексного исследования иммунного и цитокинового профиля (IL-2, IL-4, IL-10).

Результаты и обсуждение. До лечения местные признаки хронического воспаления в 1-й группе (20 пациентов) сочетались с нормальными размерами, а во 2-й группе – с их гипертрофией 2-й и 3-й степени. Исследование иммунного статуса до лечения выявило снижение у всех пациентов относительного количества CD4+-Т-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса, процентов фагоцитоза и бактерицидности, показателей NBT-теста, а также повышение содержания провоспалительных IL-2, IL-4, снижение концентрации противовоспалительного IL-10 по сравнению с нормой.

Под влиянием первого курса терапии наблюдали сь купирование признаков хронического воспаления и постепенное уменьшение размеров НМ. Эти изменения сочетались с коррекцией и нормализацией иммунного статуса пациентов: увеличение относительной и абсолютной концентраций CD4+-Т-лимфоцитов, соотношения

CD4+/CD8+, процентов фагоцитоза и бактерицидности, показателей спонтанного и индуцированного NBT-теста. Во второй группе также отмечалось снижение относительного уровня CD8+-клеток. Было установлено снижение концентрации провоспалительных IL-2 и IL-4, увеличение содержания противовоспалительного IL-10.

О клинической эффективности предлагаемой методики говорит тот факт, что через 6 месяцев у всех детей отсутствовали рецидивы ангин, а небольшие отечность и гиперемия миндалин, признак Гизе наблюдались только у 40% больных. Одновременное изучение иммунного статуса показало небольшое снижение относительного количества CD4+-Т-лимфоцитов, соотношения CD4+/CD8+, процентов фагоцитоза и бактерицидности, а также показателей NBT-теста. О достаточно высокой стойкости возникающих эффектов свидетельствует то, что значения показателей, несмотря на снижение, превышали нижнюю границу нормы и аналогичные значения до лечения. Также отмечалось увеличение содержания провоспалительных IL-2, IL-4 и снижение концентрации противовоспалительного IL-10. Однако содержание IL-2, IL-4 было ниже, а IL-10 – значительно выше значений до лечения.

В течение 2-го курса терапии наблюдалось дальнейшее уменьшение размеров НМ и быстрое исчезновение имевшихся признаков хронического воспаления. Одновременно происходила нормализация основных показателей системного иммунитета: увеличение относительной концентрации CD3+-, CD4+-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса, процентов фагоцитоза и бактерицидности, показателей спонтанного и индуцированного NBT-теста. Во второй группе также наблюдалось увеличение абсолютного содержания CD3+- и CD4+-клеток, снижение относительного уровня CD8+-лимфоцитов. Было выявлено уменьшение количества провоспалительных IL-2 и IL-4 при одновременном росте содержания противовоспалительного IL-10. Это говорит о постепенном восстановлении функциональной активности иммунной системы и НМ.

На высокую стойкость возникающих клинических эффектов указывает то, что через 1 год после начала лечения у всех пациентов отсутствовали рецидивы ангин, проявления тонзиллогенной интоксикации и признаки хронического воспаления.

Выводы. Подтверждены клиническая эффективность усовершенствованной методики фотодинамической терапии и возможность ее профилактического применения при хроническом тонзиллите (ХТ) и гипертрофии небных миндалин.

Комплексное исследование иммунного и цитокинового статуса актуально использовать в диагностике ХТ при выборе методики лечения и оценке его эффективности.

УДК 616.323-007.61+616.323-002.2-059-053.4:615.849.19

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ И ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА

Полищук Т. В., Саенко Л. А., Ус Е. В., Разинькова И. А.

КГБУЗ «Городская больница № 4» Минздрав Хабаровского края, 681032, г. Комсомольск-на-Амуре, Хабаровский край, Россия

КГБУЗ «Городская больница № 2» Минздрава Хабаровского края, 681008, г. Комсомольск-на-Амуре, Россия

Клинико-диагностический и реабилитационный центр «Вивея», 681021, г. Комсомольск-на Амуре, Хабаровский край, Россия

THE USE OF LASER THERAPY IN THE COMPLEX FOR THE TREATMENT OF HYPERTROPHY OF THE PHARYNGEAL TONSILS AND CHRONIC ADENOIDITIS

Polishchuk T. V., Saenko L. A., Us E. V., Razin'kova I. A.

City Hospital N 4 of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory, Komsomolsk-on-Amur, Khabarovsk Region, Russia

City Hospital N 2 of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory, Komsomolsk-on-Amur, Khabarovsk Region, Russia

Clinical and Diagnostic and Rehabilitation Center «Viveya», Komsomolsk-on-Amur, Khabarovsk Territory, Russia

Хронический аденоидит – воспаление носоглоточной миндалины, обусловленное проникновением в нее бактерий, реже вирусов, простейших и грибков. Заболевание выявляется у 45–48% детей в возрасте от 3 до 7 лет, одинаково часто поражает мальчиков и девочек. У детей старшего возраста частота заболеваемости уменьшается. К предрасполагающим факторам, способствующим развитию болезни, можно отнести: переохлаждение; переутомление; систематическое вдыхание сухого или загрязненного воздуха; иммунодефицитные состояния и аутоиммунные болезни.

Город Комсомольск-на-Амуре относится к районам Крайнего Севера с резко континентальным климатом. Зимой температура воздуха нередко опускается до –35 °С, в летний период температура воздуха держится около +28÷35 °С на фоне высокой влажности; в городе много промышленных предприятий, влияющих на экологию. Все это приводит к частым респираторным инфекциям и, как следствие, к развитию хронического аденоидита.

Цель исследования. Подтвердить эффективность разработанного нами комплекса медикаментозных и физиотерапевтических мероприятий для лечения хронического аденоидита и восстановления защитно-адаптационной функции лимфоидной ткани глотки.

Пациенты и методы исследования. На первом этапе проводилась санация носоглотки путем промывания носа и околоносовых пазух методом перемещения, светотерапия лампой «Биоптрон», назначались гомеопатические препараты (ИОВ-малыш, циннабсин), галотерапия (соляные пещеры). В нос вводились топические глюкокортикостероиды (назонекс) 1 раз в день по схеме: 20 дней + 10 дней (3–4 месяца). Назначались лизаты бактерий (бронхо-мунал) по 10 дней каждого месяца в течение 3 месяцев. Параллельно больной направлялся на лазеротерапию. Для лечения применялся аппарат «Матрикс». Во время процедуры использовали два вида лазерных лучей: инфракрасный (с длиной волны 890 нм) и красный (длина волны 630 нм). Головкой с инфракрасным лазером облучали проекции верхнечелюстных пазух, скаты носа, подчелюстные зоны и биологически активные точки; красным лазером светили эндоназально и на заднюю стенку глотки. Технические параметры (частота, мощность, режим, время) подбирались индивидуально, исходя из возраста и клинической картины.

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением было 138 человек в возрасте от 2,5 до 6 лет. Из них: мальчиков — 76 (55,0%), девочек – 62 (45%).

102 ребенка (73%) с 1-й и со 2-й стадиями получили по 2 курса лазеротерапии, у 36 детей (27%) с 3-й стадией потребовалось провести 3 курса лазеротерапии с месячным или 1,5-месяч-

ным перерывом. На первом этапе лечения снимались симптомы воспаления, отек, устранялась инфекция. На втором этапе или при повторном курсе нормализовалась работа общего и местного иммунитета, замедлялось дальнейшее разрастание лимфоидной ткани. В процессе лечения и динамического наблюдения отмечены следующие результаты. У 108 больных (78,2%) зарегистрировано значительное клиническое улучшение состояния. Дети стали спокойно спать (исчез храп); рецидивы респираторных заболеваний отсутствовали в течение 3–4 месяцев.

В 28 случаях (20,3%) консервативное лечение не привело к ощутимому положительному эффекту, и больным была рекомендована плановая аденотомия. В 2 случаях (1,4%) получена отрицательная динамика, что потребовало ускоренного оперативного вмешательства.

Нами отмечено, что особенно эффективно лечение аденоидов лазером, когда гипертрофические процессы осложняются воспалением глоточной миндалины. Именно снятие отека, уничтожение инфекции и устранение воспаления делают лазерную терапию весьма востребованной для таких пациентов.

Выводы. Предлагаемый комплексный подход к лечению гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита позволяет значительно снизить хирургическую активность и достигнуть стойкой ремиссии у большинства пациентов.

УДК 616.988.1-036.17+616.28-009]-053.4

ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Преображенская Ю. С., Дроздова М. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

PERSISTENT HERPESVIRUS INFECTION IN CHILDREN WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

Preobrazhenskaya Yu. S., Drozdova M. V.

Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech”, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В последние годы отмечаются значительные изменения в структуре инфекционной патологии человека с преобладанием латентных инфекций (герпесвирусных инфекций, микоплазменных и др.) и дискутируется вопрос о значимости длительной персистенции цитомегаловирусной инфекции в развитии воспалительной патологии верхних дыхательных путей. При осложненном течении ЦМВ-инфекции возможно вовлечение в патологический процесс околоносовых пазух, органа слуха, ЦНС.

Пациенты и методы исследования. На основании клинико-аудиологического обследования 200 детей выделены две группы исследования. Первая группа (основная группа) – 74 ребенка в возрасте от 2 до 7 лет, с сенсоневральной тугоухостью высокой степени и с экссудативным средним отитом – кандидаты для проведения операции кохлеарной имплантации. Вторая группа (группа сравнения) – 126 детей в возрасте от 2 до 7 лет, с кондуктивной тугоухостью, обусловленной экссудативным средним отитом.

Результаты исследования. При проведении сравнительного анализа клинико-анамнестических данных у детей двух групп установлено, что у детей со смешанной формой тугоухости чаще встречался отягощенный акушерский анамнез у матери (угроза прерывания беременности на ранних сроках, гестозы на поздних сроках беременности, ВУИ) и составил 87,50% случаев по сравнению со 2-й группой исследования, в которой данный критерий зарегистрирован только в 7,39% случаев. В основной группе исследования дефицит массы тела встречался в 16,67% случаев, наличие резидуально-органического поражения центральной нервной системы – в 58,33% случаев, гидроцефальный синдром имел место в 45,83% случаев. В ходе работы ЦМВ-инфекция была зарегистрирована в сочетании с вирусом Эпштейна–Барр, *Mycoplasma pneumoniae* и

Chlamydophila pneumoniae. В первой группе у детей ЦМВ-инфекция определена в 79,17% случаев, из которых в 26,32% случаев присутствовали маркеры активного инфицирования ЦМВ-инфекцией. Во второй группе процент пациентов с наличием маркеров ЦМВ-инфекции значимо уменьшился до 50,57%, из которых у 12,36% были выявлены комбинации иммуноглобулинов M и G, характерных для хронической персистирующей инфекции с маркерами активации.

Заключение. Выявление у детей основной группы косвенных признаков внутриутробного инфицирования, высокого процента встречаемости маркеров ЦМВ-инфекции позволяет предположить наличие врожденной инфекции с поражением различных звеньев слухового анализатора. Способность ЦМВ вызывать лимфоидную пролиферацию, а также иметь персистирующую и латентную формы, реактивироваться в условиях ослабления иммунитета организма говорит о высокой вероятности развития экссудативного среднего отита, что в дальнейшем может значительно усложнять реабилитацию пациентов после проведения кохлеарной имплантации.

В нашем исследовании у трети больных, имеющих смешанную форму тугоухости, выявлены маркеры активного ЦМВ-инфекционного процесса. Данное обстоятельство является свидетельством высокого риска развития послеоперационных осложнений воспалительного характера вследствие угнетения клеточного иммунитета и присоединения других оппортунистических инфекций: микоплазменной и хламидийной.

УДК 616.28.1-072.7:616.283.1-089.843

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБЪЕКТИВНОГО МЕТОДА НАСТРОЙКИ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АНОМАЛИЕЙ СРЕДНЕГО УХА

Пудов Н. В., Пудов В. И.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

RESULTS OF USE OBJECTIVE METHOD TO FITTING SPEECH PROCESSOR IN PRESCHOOL CHILDREN WITH ABNORMALITIES OF THE MIDDLE EAR

Pudov N. V., Pudov V. I.

Federal State Budgetary Institution Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Определение уровня максимально комфортной громкости для маленьких детей, в отличие от взрослых, задача чрезвычайно сложная. Для решения этой задачи чаще всего на практике используют объективный метод – регистрацию электрически вызванного стапедиального рефлекса. Измерение стапедиального рефлекса требует пассивного поведения от пациента (должен оставаться в покое), что невозможно для маленьких детей. Кроме того, для регистрации электрически вызванного стапедиального рефлекса пациент должен иметь здоровый статус среднего уха.

Цель исследования. Оценка результатов настройки речевого процессора у маленьких детей с аномалией среднего уха при использовании объективного метода настройки речевого процессора – телеметрии ответа слухового нерва.

Пациенты и методы исследования. В исследовании приняли участие 31 пациент (N = 31): 26 пациентов с аномалией развития среднего уха и 5 пациентов со средним отитом. Возраст пациентов составлял от 3 до 9 лет. Всем пациентам выполнена регистрация стапедиального рефлекса и порога электрически вызванного потенциала действия. Оценка результатов настройки проверялась в свободном звуковом поле при помощи аудиометра Auricheck и теста mFAST (пороговая аудиометрия по звукоподражанию).

Результаты исследования. Электрически вызванный стапедиальный рефлекс не был получен

ни у одного пациента, а электрически вызванный потенциал действия получен у всех пациентов, порог его возникновения имел значительные различия – от 3,8 до 21,6 cq. Расчетное значение уровней максимально комфортной громкости по порогу потенциала действия слухового нерва рассчитывался по формуле $Y = 9{,}2+0{,}67X$, где Y – уровень максимальной комфортной громкости (в cq); X – порог потенциала действия слухового нерва (cq). При проверке расчетной программы в свободном звуковом поле были получены следующие результаты: для частот 500, 1000 и 2000 Гц медиана значений пороговой аудиометрии по звукоподражанию составила 40 дБ, а для частоты 4000 Гц медиана составила 45 дБ.

Выводы. При невозможности регистрации электрически вызванного стапедиального рефлекса методика регистрации электрически вызванного ответа слухового нерва облегчает процедуру настройки параметров речевого процессора у маленьких детей с аномалией развития среднего уха и тем самым повышает эффективность слухоречевой реабилитации уже на этапе начальной настройки параметров речевого процессора.

УДК 616.28-008.1-053.32:615.33

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ К ГОДУ ЖИЗНИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА ОТОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Рахманова И. В., Дьяконова И. Н., Бурмистрова Д. С., Ишанова Ю. С.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», 117997, Москва, Россия

AUDITORY FUNCTION BY 1 YEAR OF AGE IN PREMATURE INFANTS AFTER ADMINISTRATION OF OTOTOXIC DRUGS

Rakhmanova I. V., D'yakonova I. N., Burmistrova D. S., Ishanova Yu. S.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pirogov Russian National Research Medical University", Moscow, Russia

Среди причин нарушения слуха введение ототоксических антибиотиков у недоношенных детей играет важную роль. Количество непрохождения скринингового аудиологического теста у недоношенных детей, принимавших ототоксические антибиотики, по данным различных авторов, колеблется от 8 до 22%. Частота назначения амикацина недоношенным детям может доходить до 30,1%, нетилмицина (нетромицина) – до 21,3%, ванкомицина – до 14,2%, гентамицина – 21,6%.

В настоящем исследовании была поставлена цель сравнительного изучения состояния слуховой функции у недоношенных детей в первый год жизни после введения в неонатальном периоде ототоксических антибиотиков.

Пациенты и методы исследования. Нами обследованы 232 ребенка, получавших лечение на втором этапе выхаживания амикацином, гентамицином, ванкомицином. Режим дозирования в зависимости от гестационного возраста и массы регламентирован Neofax (2007).

В зависимости от получаемых антибиотиков дети были разделены на три группы и группу конт-роля:

1-я группа – последовательное введение ванкомицина и амикацина (В+А) – 76 детей;

2-я группа – последовательное введение ванкомицина и гентамицина (В+Г) – 74 ребенка;

3-я группа – ванкомицин (В) – 60 детей;

группа контроля – 22 ребенка, не получавших терапию ототоксическими антибиотиками (К).

В зависимости от гестационного возраста дети были распределены на три подгруппы:

подгруппа А – дети, рожденные до 31-й недели беременности;

подгруппа Б – дети, рожденные на 31–34-й неделях беременности;

подгруппа В – дети, рожденные на 35–36-й неделях беременности.

Аудиологическое обследование проводилось у всех детей в 12 месяцев жизни методами ПИОАЭ и КСВП. Исследование слуховой функции выполнялось только после ЛОР-осмотра, получения

тимпанограммы типа А на частоте зондирующего тона 1000 Гц.

Результаты исследования. Результаты исследования зависели от срока гестации и вводимого препарата. К 12 месяцам жизни в подгруппе А тест не пройден в 1-й группе детей, получавших В+А в 3,6% случаев, во 2-й группе, получавшей В+Г – в 6,2%, в 3-й группе, получавшей В – в 9,7% случаев, в подгруппе Б во 2-й группе В+Г – в 4,3%, в 3-й группе В – в 3,7% случаев; в подгруппе В тест пройден у всех детей. К 12 месяцам жизни в группе контроля тест был зарегистрирован у всех детей.

Наибольшие пороговые значения V пика КСВП в 12 месяцев жизни были получены у детей в подгруппе А после последовательного введения В+Г (36,0±1,6 дБ) и В (30,0±1,6 дБ). У детей в подгруппах Б, В пороговые значения V пика после последовательного введения В+А составили 35,0±3,3 и 30,0±0,8 дБ соответственно, что достоверно отлично по отношению к группе контроля.

Выводы. Дети с различным возрастом гестации по-разному реагируют на вводимые ототоксические антибиотики. К году вероятность нарушения слуха сохраняется у детей с возрастом гестации до 31 недели, принимавших ванкомицин и ванкомицин + гентамицин, а у детей с возрастом гестации более 31 недели – принимавших ванкомицин +амикацин.

УДК 616.28-008.1-053.2-08-039.76:615.83

РАЗНОВИДНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ОРГАНА СЛУХА

Рябинин А. Г.[1], Юнусов А. С.[1], Ларина Л. А.[1], Молчанова Е. Б.[1], Рябинин В. А.[2]

[1] ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, 123182, Москва, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова», 127473, Москва, Россия

VARIETIES OF PHYSIOTHERAPY METHODS IN THE REHABILITATION PROCESS OF CHILDREN WITH ANOMALIES OF THE ORGAN OF HEARING

Ryabinin A. G.[1], Yunusov A. S.[1], Larina L. A.[1], Molchanova E. B.[1], Ryabinin V. A.[2]

[1] Federal State Budgetary Institution "Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology" to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov", Moscow, Russia

Проблема реабилитации детей и подростков с нарушенной слуховой функцией имеет в настоящее время особую значимость. Это связано с резким увеличением контингента лиц с нарушением слуха, а также с повышением числа тератогенных заболеваний вообще и детей с аномалией органа слуха в частности.

Цель исследования. В связи с имеющимися отклонениями качества жизни у пациентов с наличием врожденных пороков уха очень важными представляются поиск современных методов реконструктивной хирургии патологически измененного органа слуха и применение различных методов физиотерапии в процессе реабилитации детей с данной патологией.

Пациенты и методы исследования. Для решения поставленных в работе задач были изучены особенности патологии синдрома 1–2 жаберных дуг у 175 детей и подростков (90 мальчиков и 85 девочек), в возрасте от 4 до 15 лет с различной степенью врожденного порока развития уха. Распределение пациентов в зависимости от вида врожденного порока развития уха было следующим: синдром жаберной щели был у 5 пациентов; синдром 1–2 жаберной дуги, гипогенезия наблюдались у 95 больных (синдром Конигсмарка);

синдром 1–2 жаберной дуги дизгенезия был выявлен у 57 (синдромы Гольденхара, Тричера–Колинза, Клиппеля-Фейля) и синдром 1–2 жаберной дуги, смешанная форма отмечалась у 18 пациентов.

Хирургическое лечение начиналось с формирования наружного слухового прохода и неотимпанальной полости среднего уха височной кости, а также с формирования восходящей ножки завитка и создания мочки ушной раковины – все это включало первый этап реконструкции органа слуха.

Второй этап реконструкции ушной раковины, а именно имплантация аллотрансплантата каркаса ушной раковины, сформированного из реберного хряща в растворе тимола, проводится через 3–4 месяца. Известно значительное количество способов хирургического лечения.

Третий этап – формирование ушной раковины. Свободным кожным лоскутом, взятым с внутренней поверхности плеча или боковой наружной стороны бедра, закрывали раневые поверхности вновь отсепарованного кожно-хрящевого лоскута в заушной области (биологический карман не создавали).

Если послеоперационный период осложнялся инфицированием вновь созданного наружного слухового прохода, рудимента ушной раковины, то проводили соответствующую терапию: обеспечивали хороший отток из раны, полость слухового прохода промывали 1–2 раза в сутки антисептическими средствами (1% раствором диоксидина).

Назначали эндоуральный электрофорез с 2% раствором йодистого калия. После очищения раны от некротических масс и гнойного отделяемого раневой канал обрабатывали 10% настойкой прополиса.

Для профилактики вторичной атрезии, а также других типичных осложнений, сопровождающих меатотимпанопластику и операции по формированию ушной раковины, в послеоперационном периоде мы проводили лазерную терапию аппаратом «Мотылек-7» и озонотерапию аппаратом «Плазон» в сочетании с местным медикаментозным лечением.

Аппарат предназначен для проведения процедур низкоинтенсивной лазерной терапии ближней ИК-области спектра как самостоятельно, так и с применением различных насадок. Аппарат совместим с магнитными и оптическими насадками. Технические характеристики: длина волны излучения – от 0,87 до 0,91 мкм, режим излучения – импульсный, частота излучения – 80±5 Гц, импульсная мощность излучения – 7±2 Вт, расходимость луча в конусе с углом при вершине – 20×40°, электропитание – элемент АА 100.

Воздействие лазерным аппаратом «Мотылек-7» в послеоперационном периоде приводило к уменьшению реактивных явлений, нормализации трофики в пересаженных тканях, стимуляции регенераторных процессов. Оценку эффективности проводили по таким клиническим признакам, как цианоз пересаженных кожных лоскутов, реактивный отек тканей в области вмешательства, гиперемия, болезненность. Воздействие аппаратом «Мотылек-7», впервые примененное нами в послеоперационном периоде у детей с врожденными пороками развития органа слуха, ведет к заметной оптимизации процессов заживления, что является важным условием снижения риска развития типичных осложнений. Следует подчеркнуть, что способность излучения проникать на глубину до 2,5 см от облучаемой поверхности позволяет применять лазеротерапию с первого дня после меатотимпанопластики, воздействуя на сформированный слуховой проход до удаления его турунд.

После удаления турунд мы воздействовали на слуховой проход озонированными растворами и газообразным озоном. Способность озона к подавлению микрофлоры, с одной стороны, и стимуляции кислородозависимых регенераторных процессов – с другой, в сумме приводили к сравнительно быстрой и полной эпителизации слухового прохода, что является важнейшим условием профилактики развития вторичной атрезии. В целях стимуляции процессов эпителизации мы после всех этапов хирургического лечения врожденных пороков развития уха применяли мазь бепантен, действующим веществом которой является декспантенол метаболический, предшественник пантотеновой кислоты (витамин B_5). Наблюдения в течение 3 лет показывают хороший эпителизирующий эффект мази, особенно выраженный при воздействии на пересаженный свободный кожный лоскут при формировании тыльной поверхности ушной раковины.

Заключение. Таким образом, применяемая нами тактика ведения больных с использованием лазеротерапии, озонотерапии и современных мазей улучшает качество лечения в послеоперационном периоде и является эффективным методом профилактики вторичной атрезии и других типичных осложнений.

УДК 616.24-008.4+616.323.-002.2]-053.2

РЕСПИРАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ

Сидоренко Д. Р., Терскова Н. В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», 660022, г. Красноярск, Россия

RESPIRATORY DISORDERS IN CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS

Sidorenko D. R., Terskova N. V.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky" under Ministry of Health of the Russian Federation, Russia, Krasnoyarsk

У детей в дошкольном и младшем школьном возрасте одной из самых распространенных оториноларингологических проблем является аденотонзиллярная патология. На фоне выраженной обструкции верхних дыхательных путей возникает вентиляционная гипоксия за счет снижения воздушного потока, что, в свою очередь, приводит к тканевой гипоксии.

Цель исследования. Исследование частоты респираторных нарушений у детей при хроническом аденоидите (ХА) по показателям кардиореспираторного мониторинга.

Пациенты и методы исследования. Проанализирована выборка детей с ХА (N = 80). Пациентам проводилось оториноларингологическое и сомнологическое обследование при обращении за медицинской помощью в Неврологический центр эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого в период с 2013 по 2015 гг.

Распределение клинических случаев ХА с учетом степени гипертрофии глоточной миндалины: I степень – у 3/30(10,0±4,5%) детей, II степень – у 15/30(50,0±9,1%), III степень – у 12/30(40,0±8,9%) детей. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) верифицирован у 22/30(73,3±8,1%) детей, из них I степени тяжести – у 18/30(60,0±8,9%) детей, II степени – у 4/30(13,3±6,2%), III степени – не было зарегистрировано ни одного случая. У 8/30(26,7±8,7%) детей СОАГС не был зарегистрирован. Результаты показали преобладание I степени тяжести СОАГС ($p < 0,05$). Средняя сатурация по выборке детей с ХА вне зависимости от степени гипертрофии глоточной миндалины (SpO2) – 96%, максимальное значение SpO2 – 99%, минимальное значение SpO2 – 91%. У 5/22(22,7±8,9%) детей значения SpO2 были менее 85%, что свидетельствовало о тяжелой степени транзиторной ночной гипоксемии. Ронхопатия с СОАГС диагностирована у 24/30 (80,0±7,3%) детей с гипертрофией глоточной миндалины, ронхопатия без СОАГС – у 7/30(23,3±7,7%) детей ($p < 0,01$). Индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) – 2 [1,0; 6,0] в час. Индекс десатурации – 1[0,5; 2,0] в час. Показано, что лишь у 2/30(6,6±5,5%) детей не зарегистрировано случаев остановки дыхания за время ночного сна, у 14/30(46,6±9,1%) – количество эпизодов апноэ варьировало от 1 до 5, у 8/30(26,6±8,0%) детей – от 6 до 10, у 3/30(10,0±5,4%) детей – от 10 до 15, у 4/30(13,3±6,2%) детей – более 15 эпизодов апноэ во время ночного сна. Минимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) – 57 [49; 62] ударов в минуту, максимальная ЧСС – 120 [110; 129] ударов в минуту. Нарушение сердечного ритма по типу сердечной аритмии более 100 ударов в минуту – у 24/30 (80,0±7,3%) обследованных детей.

Выводы. Результаты свидетельствуют о высокой коморбидности хронического аденоидита (ХА) с ронхопатией, осложненной синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна (80% случаев), что сопровождается транзиторной ночной гипоксемией тяжелой степени в 23% случаев. При этом зарегистрированы транзиторные нарушения сердечного ритма по типу сердечной аритмии.

Таким образом, диспансерное наблюдение детей с ХА у детского оториноларинголога должно включать не только стандартизированный осмотр ЛОРорганов и их эндоскопическое исследование, но и нейрофизиологическое исследование состояния функции дыхания во сне с уточнением степени характера апноэ и степени его тяжести, а также степени тяжести ночной гипоксемии, поскольку это может привести к серьезным нейро-психологическим и кардиологическим осложнениям.

УДК 616.323-007.61-002.2-053.2-036.1(571.6)

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ

Скродерис А. А.[1], Кокорина В. Э.[2]

[1] Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная детская клиническая больница» ,675005, г. Благовещенск, Россия

[2] ГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 680000, г. Хабаровск, Россия

ON THE PECULIARITIES OF THE CURRENT ADENOIDITIS IN CHILDREN LIVING IN THE FAR EAST

Skroderis A. A.[1], Kokorina V. E.[2]

[1] State Autonomous Healthcare Institution of the Amur Region «Amur Regional Children's Clinical Hospital», Blagoveshchensk, Russia

[2] Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

На территории Дальнего Востока и Сибири в последние годы отмечен высокий темп прироста заболеваемости хроническим аденоидитом среди детского населения. И в последние годы данная патология стала занимать одно из первых мест в структуре оториноларингологических заболеваний.

Клиническое течение хронического аденоидита и сопутствующей патологии полости носа и околоносовых пазух определяется спецификой анатомического строения полости носа и носоглотки, сопутствующей патологией респираторного эпителия и патологией внутренних органов, а также особенностями экологии зоны проживания.

На территории Дальнего Востока Российской Федерации проживают представители коренных народов, потомки переселенцев европеоидной расы и жители приграничных районов Китайской Народной Республики. В связи с этим актуальным является изучение клинических особенностей течения хронического аденоидита у населения Дальнего Востока в зависимости от этнической принадлежности в целях разработки оптимальной тактики лечения таких пациентов.

Пациенты и методы исследования. Для достижения цели исследовании на базе АОДКБ г. Благовещенска за период 2014–2015 гг. было обследовано 244 ребенка в возрасте от 5 до 15 лет, проживающих в сельской местности северных районов Дальнего Востока, с верифицированным диагнозом – хронический аденоидит. Из них 139 человек – коренное население (эвенки, гиляки, ульчи) составили основную исследуемую группу.

В целях выявления специфики клинической манифестации хронического аденоидита всем детям выполнялось стандартное оториноларингологическое обследование с фиксацией основных анатомических ориентиров. Эти ориентиры определяют аэродинамику воздушного потока по разработанной методике эндоскопической риноскопии и эпифарингоскопии с фиксацией изображения на расстоянии 0,5 см от преддверия носа и в своде носоглотки с изучением формы наружного носа и угла носового клапана для определения структурных, анатомических аномалий полости носа и носоглотки, приводящих к носовой обструкции, для чего выполнялась эндоскопия полости носа и носоглотки жесткими эндоскопами диаметром 2,7 мм с углом обзора 0, 30 , 70 и 120°.

Результаты и обсуждение. Уже при анализе инфекционного индекса в исследуемых группах выявлено, что в основной исследуемой группе он составил 1,3, а в группе сравнения 3,2. Установлено, что все дети контрольной группы на 1-м году жизни переболели ОРВИ. Продолжительные эпизоды затруднения носового дыхания, не связанные с ОРВИ, на первом году жизни отмечали у 14 (10%) детей основной группы, в контрольной группе – у 90 детей (86%).

При оценке эффективности проводимой ранее терапии хронического аденоидита родители 105 детей (76%) основной группы отмечали отсутствие или кратковременность эффекта проводимой терапии, тогда как в контрольной группе неэффективность терапии отметили 87 детей (83%).

Затруднение носового дыхания зафиксировано у 34 детей (24,5%), в группе контроля – 8 детей (26,7%). Регулярные эпизоды ночного и утреннего кашля отмечали у 111 детей основной группы (80%) и у 88 детей (84%) контрольной группы. Периодическая осиплость голоса была у 39 детей (28,1%) основной группы и у 33 (32,1%) контрольной группы. Рецидивирующие (более 1 эпизода в год) острые средние отиты были от-

мечены у 9 детей (7,3%) основной группы и у 18 детей (16,7%) контрольной.

Уже при первичном осмотре пациентов отмечалось, что коренные жители Дальнего Востока отличаются относительно большой массой тела, более низким ростом и уплощенным лицом. У всех пациентов основной группы выявлены уменьшенные надбровные дуги, лобные пазухи и носовой выступ, более плоские и широкие глазничные и молярные области, преимущественно цилиндрическое строение грудной клетки. Для европеоидной расы характерен значительный выступ носа с высокой переносицей, череп монголоидной расы характеризуется плоским высоким лицом с широкими скулами и незначительным выступом носа, хорошо развитые, выступающие скулы у американской группы и слабо выступающие у азиатской группы с широким небом определяют вероятную специфику пневматизации околоносовых пазух и строения носоглотки.

При эндоскопическом осмотре носоглотки отмечена особенность строения носоглотки в зависимости от этнической группы. У пациентов основной группы в среднем высота хоаны составила 12 мм, в группе сравнения – 14 мм. У пациентов основной группы носоглотка несколько уменьшена в размерах, хоаны уплощены в переднезаднем направлении, продольный диаметр хоаны уменьшен по сравнению с эндоскопическими находками пациентов группы контроля. Выявлено, что угол носового клапана у лиц азиатской внешности изменялся в пределах от 15 до 18°, тогда как у пациентов европеоидной внешности он составляет 10–15°. Также отмечаются различия в строении остиомеатального комплекса у пациентов различных этнических групп. Так, установлено, что для лиц азиатской внешности характерны наличие укороченного в размерах крючковидного отростка, более открытая полулунная щель, реже встречаются пневматизированные раковины среднего носового хода. Данные эндоскопические особенности обусловливают улучшение дренажной функции околоносовых пазух. Такая анатомическая специфика пациентов исследуемых групп подтверждалась и данными спиральной компьютерной томографии, на которой у пациентов основной группы фиксировалась уменьшенная в размерах полость носа, отмечались наличие гипертрофированной нижней носовой раковины, относительно небольших размеров околоносовые пазухи и носоглотка.

Подобные анатомические особенности приводят к специфике дренирования околоносовых пазух и определяют характер течения воспалительного процесса в них и глоточной миндалине.

В основной группе исследования гипертрофия аденоидных вегетаций I степени – 87 человек (62,6%), гипертрофия аденоидных вегетаций II степени – 52 человека (37,3%). У всех пациентов выявлены признаки воспаления глоточной миндалины: отек слизистой оболочки, скопление значительного количества секрета на поверхности глоточной миндалины. В контрольной группы исследования при эндоскопическом осмотре носоглотки гипертрофия аденоидных вегетаций I степени отмечали у 45 детей (43,3%), II степени – у 59 детей (56,7%). У всех детей отмечали отек умеренный глоточной миндалин. Однако на поверхности глоточной миндалины преимущественно был слизистый секрет – 84 ребенка (80%), тогда как гнойный секрет – у 21 ребенка (20%).

Подобные отличия, вероятно, объясняются спецификой аэродинамики полости носа, которая у коренных жителей Дальнего Востока формируется по «северному типу». Таким образом, у пациентов основной группы исследования имеет место природный защитный аэродинамический механизм.

Выводы. Структура и распространенность аденоидита у сельских коренных жителей Дальневосточного региона зависит от этнической принадлежности.

Особенность течения воспалительного процесса в носоглотке обусловлена спецификой анатомического строения полости носа, околоносовых пазух и носоглотки коренных жителей Дальнего Востока.

УДК 616.323-0002.2-018-053

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Царапкин Г. Ю., Ивойлов А. Ю., Арзамазов С. Г.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

AGE FEATURES OF THE HISTOLOGICAL STRUCTURE OF THE PHARYNGEAL TONSIL IN CHILDREN AND ADULTS

Tsarapkin G. Yu., Ivoylov A. Yu., Arzamazov S. G.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, 117152, Moscow, Russia

Наиболее частым осложнением аденотомии является кровотечение, как интраоперационное, так и в раннем и позднем послеоперационных периодах. По данным литературы, степень выраженности кровотечения во время проведения аденотомии напрямую зависит от возраста пациента. Чем старше пациент, тем более выражено интраоперационное кровотечение.

Цель исследования. Изучить возрастные особенности сосудистой организации аденоидной ткани у детей и взрослых.

Пациенты и методы исследования. Нами проведено обследование и лечение 96 пациентов с аденоидными вегетациями II–III степени в возрасте от 7 до 42 лет (58 мужчин, 60%, и 38 женщин, 40%), проходивших плановое хирургическое лечение в НИКИО им. Л. И. Свержевского и ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского. Исходя из возраста все пациенты (n = 96) были разделены на четыре группы: 1-я группа – пациенты от 7 до 12 лет (n = 25); 2-я группа – пациенты от 12 до 15 лет (n = 25); 3-я группа – пациенты от 15 до 18 лет (n = 25); 4-я группа – пациенты от 18 до 42 лет (n = 21). При гистологическом исследовании проводили изучение состояния стромы и сосудистого русла аденоидной ткани. У больных 4-й клинической группы проводили гистологическое исследование не только самих аденоидов, но и подлежащих тканей после выполненной аденотомии.

Результаты исследования. В 1-й и во 2-й клинических группах больных (дети от 7 до 15 лет) гистологическая картина аденоидной ткани (независимо от зоны исследования) характеризовалась разветвленной сетью сосудов без признаков склероза. В 3-й клинической группе больных (дети от 15 до 18 лет) гистологическая картина аденоидной ткани в средней и базальной зонах исследования характеризовалась умеренным склерозом сосудистой стенки и наличием выраженных соединительно-тканных септ. В 4-й клинической группе (взрослые от 18 до 42 лет) базальный слой аденоидов характеризовался скоплением кавернозно расширенных венозных сосудов со склерозированными стенками и фиброзной дегенерацией стромы. В гистологических препаратах, взятых из области резекции после аденотомии, отмечался феномен «погружения» лимфоидной ткани в глубь соединительно-тканного слоя с обилием полнокровных, кавернозно расширенных вен с ригидными склерозированными стенками.

Выводы. Сосуды аденоидных вегетаций имеют четкие возрастные особенности, которые проявляются в 15–18-летнем возрасте и характеризуются развитием выраженного склероза сосудистой стенки, обилием полнокровных, кавернозно расширенных вен.

У пациентов старше 18 лет отмечается морфологическая перестройка соединительно-тканного (базального) слоя, проявляющаяся погружением лимфоидной ткани с выраженным микроциркуляторным руслом, что может объяснять выраженное интраоперационное кровотечение при аденотомии.

Таким образом, результаты проведенного нами гистологического исследования могут служить одним из показаний для применения электрофизических методов аденотомии у пациентов старше 15 лет.

УДК 616.22-006.52-053.2-035

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАПИЛЛОМАТОЗОМ ГОРТАНИ

Шамсидинов Б. Н., Гаффарова М. А., Халимова Т. Р.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения», 734026, г. Душанбе, Республика Таджикистан

FEATURES OF TACTICS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS

Shamsidinov B. N., Gaffarova M. A., Halimova T. R.

State Educational Institution Institute for Post Graduate Preparation of Medical Personnel, Republic Tajikistan, Dushanbe

В настоящее время существует множество способов медикаментозного и хирургического лечения папиллом, но ни один из них не является идеальным или универсальным, поскольку терапии, полностью избавляющей от вируса папилломы, не существует. Современные методы лечения больных с рецидивирующим папилломатозом дыхательных путей обеспечивают лишь непосредственные удовлетворительные результаты. Многогранность проблемы лечения и профилактики папилломатоза гортани, решение которых остается открытым, и является предметом проводимых научных исследований.

Цель исследования. Оптимизация схемы лечения респираторного папилломатоза у детей путем использования комплексной противорецидивной терапии препаратами с различным механизмом действия.

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением находились 84 ребенка с папилломатозом гортани в возрасте от 1 года до 15 лет. Всем наблюдаемым больным проведены клинико-лабораторные обследования, включающие общие клинические исследования и необходимые для проведения общего обезболивания, специфические методы обследования, характерные только для этого заболевания.

Нами применялся двухэтапный метод комбинированного лечения детей с папилломатозом гортани. Первый этап заключался в эндоларингеальном удалении папилломы под общим обезболиванием с применением инжекционной высокочастотной искусственной вентиляции легких под контролем операционного микроскопа.

Вторым этапом проводили противорецидивный курс лечения индукторами интерферона, иммунокорригирующую и общеукрепляющую терапию, а в качестве местной терапии применяли ингаляции раствором чистотела и электрофорез в области гортани мазью зовиракс.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов эндоларингеальная хирургия сочеталась с противовирусной терапией. На следующий день после оперативного вмешательства начинался курс консервативной терапии циклофероном. Раствор циклоферона 125 мг/мл назначали в/м по следующей схеме: по 1,0 мл – первый и второй дни, с третьего дня через 48 ч по 1 мл, курс 10 инъекций. Далее по 1 мл 1 раз в 10 дней в течение 3 месяцев. Амиксин назначали по следующей схеме: в первую неделю по 1 таблетке 2 раза в день с интервалом 3 дня, во вторую неделю по 1 таблетке 1 раз в день с интервалом в 3 дня. В последующие 4 недели назначали $^1/_2$ таблетки с интервалом 7 дней в течение 6 недель. Раствор тималина вводили внутримышечно ежедневно в следующих дозах: детям от 1 до 5 лет по 1 мг; от 5 до 7 лет – 2 мг; от 7 лет и старше – 3 мг – в течение 10 дней. Контрольные осмотры проводились через 3–4 месяца.

Выраженный положительный эффект противорецидивной терапии по данной схеме получен у 40 (47,7%) пациентов, в том числе у 18 (21,4%) – длительная (от 6 до 18 месяцев наблюдения) ремиссия, а у 23 (27,9%) – увеличение длительности межрецидивного периода в 2,5 – 3 раза. Ни в одном случае не наблюдали каких-либо побочных эффектов от проводимой терапии.

Заключение. Резюмируя сказанное, можно с достаточным основанием утверждать, что данная терапия является одним из высокоэффективных методов лечения папилломатоза гортани, обеспечивает выраженное клиническое улучшение, удлиняет периоды ремиссии и сокращает число рецидивов.

Комплексный подход (эндоларингеальная хирургия + противорецидивная медикаментозная терапия) при лечении больных папилломатозом гортани является целесообразным и обоснованным.

УДК 616.28-008.1-053.2-036.22(470.45)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЛГОГРАДСКОМ РЕГИОНЕ

Шахова Е. Г., Зайцев В. А., Пелих Е. В., Козловская С. Е., Беркалиева Г. П.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, Волгоград, Россия

EPIDEMIOLOGY OF HEARING LOSS IN CHILDREN IN VOLGOGRAD REGION

Shakhova E. G., Zaytsev V. A., Pelikh E. V., Kozlovskaya S. E., Berkalieva G. P.

Federal state budgetary educational institution of higher professional education Volgograd state medical University Ministry of healthcare of the Russian Federation, Volgograd, Russia

Расстройство слуха у детей, в том числе одностороннее, ведет к нарушениям формирования речи. Временная потеря слуха на 15–25 дБ приводит к значительной задержке развития 2-й сигнальной системы с проблемами с обучением, коммуникацией и поведением. Распространенность тугоухости у детей растет.

Цель исследования. Изучить распространенность тугоухости у детей в Волгоградском регионе.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ амбулаторных карт 674 детей в возрасте от 6 месяцев до 17 лет (10,6±0,37 года), которые обратились в сурдологическое отделение Волгоградской областной клинической больницы № 1 по поводу нарушения слуха.

Обследованные были разделены на три группы, однородные по возрасту и полу. В первую группу вошли 506 пациентов с одно-, двусторонней кондуктивной тугоухостью. Вторую группу составили 66 детей со смешанной тугоухостью. В третью группу включены 102 пациентов с сенсоневральной тугоухостью.

Проведен корреляционный анализ распространенности тугоухости у детей с доступностью первичной амбулаторной медицинской помощи.

Статистическая обработка полученных данных произведена с помощью пакета офисных программ OpenOffice. Достоверность взаимосвязи изучаемых признаков определялась с помощью критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В первой группе в 89% случаев кондуктивная тугоухость двусторонняя, у 93,3% пациентов сочеталась с патологией полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. У 5,9% детей отмечено острое течение заболевания.

Во второй группе смешанная тугоухость в 48,4% случаев носила односторонний характер. Острое течение было у 4,2% пациентов.

Третья группа – у 0,98% (1 пациент) – острая односторонняя сенсоневральная тугоухость.

В анамнезе у детей с сенсоневральной и смешанной тугоухостью выявлены недоношенность, внутриутробная инфекция, применение антибактериальных препаратов аминогликозидного ряда, гипоксическое поражение ЦНС в перинатальном периоде. Распространенность тугоухости в Волгоградской области по нашему исследованию составляет 4,32 пациента на 10 000 населения. Распространенность в районах Волгоградской области варьирует в пределах от 1,2 до 7,2 пациента на 10 000 человек населения.

Проведен корреляционный анализ распространенности тугоухости среди детей и географической доступностью первичной медико-санитарной помощи. Выявлена сильная прямая корреляционная связь. В городах распространенность составила 5,4 (Волгоград), 5,5 (Волжский, Ленинск, Камышин, Городище), 7,2 (Михайловка) на 10 000 жителей. В отдаленных районах – 1,2 (Киквидзенский, Даниловский, Еланский, Котельниковский, Новониколаевский, Старополтавский районы) на 10 000 жителей.

Выводы. Дети с тугоухостью поступают в областное сурдологическое отделение на обследование чаще в хронической стадии течения заболевания, что связано с поздней обращаемостью за медицинской помощью.

В структуре тугоухости преобладает двусторонняя тугоухость.

Выявлена сильная прямая корреляционная связь распространенности тугоухости в детском возрасте с географической доступностью первичной амбулаторной медицинской помощи.

УДК 616.284-002.3.-06:616.284.7-0.02]-053.2

ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИКИ МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ

Шилова М. А., Еловиков А. М., Наговицына Е. А., Шабунин Д. В.

[1] *ФГБОУ ВО «Пермский государственный университет им. акад. Е. А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия*

[2] *КГБУЗ «Пермская краевая детская клиническая больница», г. Пермь, Россия*

CHANGING OF CLINIC MASTOIDITIS IN CHILDREN

Shilova M. A., Elovikov A. M., Nagovitshina E. A., Shabunin D. V.

[1] *Perm State Medical University named after academician E. A. Wagner of Ministry of Health of Russia, Perm, Russia*

[2] *Perm regional clinical hospital of children diseases, Perm, Russia*

Мастоидит у детей является одним из самых распространенных осложнений острого среднего гнойного отита. Данные последних лет указывают, что число латентных форм мастоидитов не имеет тенденции к сокращению, наоборот, в некоторых возрастных группах детей возрастает.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 82 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в Пермской краевой детской больнице в 2009 г. с диагнозом мастоидит, данные сопоставлены с результатами лечения и обследования 177 пациентов, обратившихся за помощью в 2015 г. Установлено, что число пациентов, госпитализированных с данным диагнозом, к 2015 г. возросло в 2 раза, из них мальчиков 60,34%, девочек 39,66% в возрасте от 1 года до 4,5 года (средний возраст составил 3,12 года). Для сравнения в 2009 г. мальчики составили 52,43%, девочки 57,57%, возраст от 4 месяцев до 15 лет (средний возраст 2,9 года). Как в 2009 г., так и в 2015 г. в 50% случаев поражение имеет двусторонний характер, в 27,4% процесс протекал слева, в 22,6% – справа. Все пациенты получили оперативное лечение, диагноз подтвержден гистологическим исследованием.

С учетом клинических особенностей течения заболевания, результатов лабораторных исследований, данных компьютерной томографии в 2015 г. и рентгенографии по Шюллеру и Мейеру в 2009 г. пациенты распределены на три группы. Первую группу (75,7% в 2009 г., 66,3% в 2015 г.) составили пациенты с классическим течением заболевания, для них характерны в анамнезе длительность острого среднего гнойного отита более 3 недель, выраженный общеинтоксикационный синдром (повышение температуры до 39–40 °С, воспалительные изменения в крови), отоскопическая картина. По данным КТ – блокада входа в пещеру, тотальное затемнение сосцевидного отростка без выраженного деструктивного изменения, на рентгенограммах – снижение пневматизации сосцевидных отростков. При этом в 2009 г. гноетечение наблюдалось у 40,98% пациентов, а в 2015 г. – лишь у 18,34%. Хочется также отметить, в 2009 г. формы, осложненные субпериостальным абсцессом, наблюдались у 16,54%, а в 2015 г. у 2,83%.

Для следующей группы (15,23% в 2009 г., 25,76% в 2015 г.) характерно латентное течение заболевания, т. е. при слабовыраженном интоксикационном синдроме, незначительных воспалительных изменениях барабанной перепонки, умеренном лейкоцитозе и небольшом ускорении СОЭ в ОАК, на КТ и рентгенограмме определяются более выраженные деструктивные изменения в сосцевидном отростке.

В отдельную третью группу (10,56% в 2009 г., 9,87% в 2015 г.) были отнесены пациенты с иммунодефецитными состояниями, у которых на фоне патологии среднего уха развился мастоидит. Замечено, что для данной категории больных характерны стремительность развития тяжелого деструктивного процесса (от 1 недели) при несоответствующей тяжести клинической картине, и умеренном лейкоцитозе. При этом интересен факт, что для данной категории пациентов в 2009 г. характерна резко ускоренная СОЭ (среднее значение 41,23 мм/ч), а в 2015 г. – 16,11мм/ч.

Выводы. В настоящее время мастоидиты, как осложнения острых средних отитов у детей, имеют тенденцию к кратному увеличению.

Классическое течение мастоидитов по-прежнему превалирует, но тем не менее имеется тенденция к росту латентных форм мастоидита со стертым течением, маловыраженными клинико-лабораторными изменениями при значительных деструктивных изменениях в сосцевидных отростках височных костей.

Дети с иммунодефицитной патологией являются особой группой пациентов с клинической картиной мастоидита, несоответствующей тяжести деструктивного процесса.

Ранняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и применение компьютерной томографии позволяют сократить число пациентов с осложненными формами мастоидита.

УДК 612.8:612.181.6:616ю323-007.61-002.2+616.327.2-018-053.2

ВЕГЕТАТИВНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ

Шустова Т. И.[1], Юрков А. Ю.[2], Самотокин М. Б.[3]

[1] ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА России, 194291, Санкт-Петербург, Россия

[3] Клиника АБИА, 197371, Санкт-Петербург, Россия

VEGETATIVE INNERVATION OF THE PHARYNGEAL TONSIL IN CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS

Shustova T. I.[1], Yurkov A. Yu.[2], Samotokin M. B.[3]

[1] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[2] Clinical Hospital N 122 named after L. G. Sokolov FMBA of Russia, Saint Petersburg, Russia

[3] ABIA Clinic, Saint Petersburg, Russia

Анатомические данные, касающиеся нервных структур, локализованных в лимфоидных органах и слизистых оболочках, ассоциированных с лимфоидной тканью, свидетельствуют об их богатой вегетативной иннервации, главным образом адренергической. Вместе с тем данные о вегетативной иннервации аденоидов представлены в специальной литературе недостаточно (Шустова Т. И., Самотокин М. Б., 2000).

Цель исследования. Выявить особенности адренергической и холинергической иннервации глоточной миндалины у детей с хроническим аденоидитом.

Пациенты и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 45 детей в возрасте от 5 до 14 лет с диагнозом хронический аденоидит. Гипертрофия глоточной миндалины определялась как аденоидные разрастания II – III степени. Все дети поступали на хирургическое лечение в СПб НИИ ЛОР. В предоперационное обследование, помимо стандартных методов, входила функциональная диагностика состояния ВНС (Белоконь Н. А., Кубергер М. Б., 1987) с оценкой вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности (Вейна А. М., 2000). Гистохимическое исследование операционного материала проводили при помощи способа, позволяющего выявлять адренергические и холинергические нервные волокна на одном и том же срезе (Шустова Т. И., Юрков А. Ю., 2009). После постановки гистохимической реакции препараты изучали в люминесцентном микроскопе ЛЮМАМ-Р8 (используя светофильтр СЗС длиной волны 480 нм).

Результаты исследования. При обследовании детей с гиперплазией глоточной миндалины определяли параметры функциональной активности ВНС, что позволило разделить всех пациентов на три группы.

Первую группу составили дети со сниженным тонусом ВНС и вегетативной гиперреактивностью.

Вторую – дети с повышенным тонусом ВНС и низкой вегетативной реактивностью.

Третью – дети с оптимальным вегетативным тонусом (эйтония) и нормальной реактивностью. Вегетативное обеспечение деятельности во всех случаях было адекватным.

Гистохимическое исследование показало, что у детей второй и третьей групп адренергические нервные волокна глоточной миндалины были в основном представлены перивазальными сплетениями. От перивазальных нервных сплетений, состоящих из волокон с большим количеством варикозных расширений, к лимфоидной ткани глоточной миндалины отходили ветви, которые формировали межфолликулярные внутритканевые сплетения. При оценке функциональной активности адренергических нервных волокон оказалось, что во второй группе интенсивность люминесценции варикозностей и межварикозных пространств в среднем составляла 57,3±1,4 и 15,5±4,3 соответственно, а в третьей группе – 34,3±2,2 и 30,1±3,8.

У детей первой группы локализация адренергических нервных структур в области аденоидных разрастаний была такой же, однако нервные сплетения выглядели менее густыми, а яркость

люминесценции – сниженной (интенсивность люминесценции варикозностей и межварикозных пространств в среднем составляла 22,7±2,5 и 37,2±3,5 соответственно).

Холинергические нервные волокна располагались аналогично адренергическим, но выглядели более толстыми, а их варикозные расширения – более крупными.

Заключение. На основании полученных данных можно полагать, что содержание и распределение нейромедиатора в нервных волокнах соответствует таким показателям функциональной деятельности вегетативной нервной системы, как вегетативный тонус и вегетативная реактивность.

В целом полученные результаты можно использовать при обсуждении патогенетических механизмов хронического аденоидита с позиций вовлеченности вегетативных нервных структур в гиперпластический процесс, развивающийся в глоточной миндалине у детей при определенных, часто неблагоприятных условиях.

УДК 616.284-003.2-053.4:615.37(079.5)

СКРИНИНГОВОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОТЕРАПИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Щербик Н. В., Юнусов Р. Ш., Староха А. В., Плешко Р. И., Кологривова Е. Н.

ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», 634050, г. Томск, Россия

QUESTIONNAIRE FOR EFFICACY ASSESSMENT OF IMMUNOTHERAPY OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN CHILDREN

Shcherbik N. V., Yunusov R. Sh., Starokha A. V., Pleshko R. I., Kologrivova E. N.

Siberian State Medical University, Tomsk

Проблема экссудативного среднего отита (ЭСО) с каждым годом становится все более актуальной не только в медицинском, но и в социально-экономическом отношении. Общепринятым фактом является социальная дезадаптация ребенка. Несмотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза заболевания, проблемы, связанные с диагностикой и лечением ЭСО, на сегодняшний день остаются весьма актуальными.

Цель исследования. В рамках амбулаторной помощи актуален поиск наиболее простых способов выявления тугоухости у детей.

Пациенты и методы исследования. В целях субъективной оценки клинических симптомов нами была разработана анкета из десяти вопросов, предлагаемая для опроса родителям больных детей. Первые пять вопросов верифицировали симптомы патологии носа и носоглотки как триггерные факторы развития отитов у детей; второй раздел анкеты был направлен на выявление симптомов снижения слуха и нарушения речи у ребенка. Каждый пункт анкеты включал пять прогрессивных вариантов ответа (1–5), соответствующих степени выраженности симптома. Предварительно была проведена конвергентная валидизация анкеты.

Под наблюдением находились 55 детей (31 мальчик и 24 девочки), больных ЭСО, в возрасте от 3 до 7 лет, проходивших курс лечения в Томском филиале ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». В группу контроля входили 16 практически здоровых детей (8 мальчиков и 8 девочек) того же возраста. Обследование всех пациентов включало анкетирование, оториноларингологический осмотр, тимпанометрию (оценка внутрибарабанного давления и комплаенса).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрических критериев.

Анализ анкетных данных показал, что средний балл опросника у больных детей до лечения был высоким, а в процессе лечения отмечалось его снижение в обеих клинических группах. Однако у детей, получавших иммуномодулирующий препарат (синтетический гексапептид arginyl-alpha-aspartyl-lysyl-valyl-thyrosyl-argininum, патент на изобретение № 2550966 от 20.05.2015 г.), уменьшение жалоб отмечено уже к первому месяцу лечения, тогда как у больных группы сравнения он оставался повышенным ($p < 0,05$). К третьему месяцу наблюдения средний балл в группе

наблюдения снижался еще больше, в отличие от группы сравнения, где показатель практически не изменялся. В отдаленные сроки наблюдения (6, 12 месяцев) число жалоб у детей, пролеченных синтетическим гексапептидом, снижалось до минимума, в то время как в группе сравнения их количество было значимо больше.

По данным акустической импедансометрии у детей из группы наблюдения отмечено более быстрое (уже к первому месяцу лечения) восстановление давления и комплаенса (справа: МЕР = –90 [–260…–35], SC = 0,54 [0,44…0,63]; слева: МЕР = –103 [–210…–30], SC = 0,53 [0,42…0,72]), в то время как в группе сравнения этого не происходило. В последующие сроки наблюдения (3, 6, 12 месяцев) в группе с синтетическим гексапептидом параметры давления и комплаенса соответствовали значениям здоровых детей, что достоверно отличалось от группы сравнения ($p < 0,05$). Коэффициент корреляции Спирмена составил между показателями анкетирования и тимпанометрии $r = 0,74$ ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, в процессе лечения отмечены регресс клинических проявлений и уменьшение выраженности жалоб в обеих клинических группах. Однако у детей, получавших иммуномодулирующий препарат, уменьшение жалоб происходило быстрее, а число обострений существенно снижалось. Результаты скринингового анкетирования на этапе амбулаторного осмотра детей позволяют нам использовать данную методику для диагностики экссудативного среднего отита и оценки эффективности лечения данного заболевания на всех этапах терапии.

УДК 616.714.3-006.31-053.2-089.12

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ УДАЛЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Юнусов А. С., Ларина Л. А., Молчанова Е. Б., Рябинин А. Г.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, 123182, Москва, Россия

SURGICAL ACCESS FOR REMOVAL OF JUVENILE NASAL PHARYNX ANGIOFIBROMA DEPENDING ON AGE

Yunusov A. S., Larina L. A., Molchanova E. B., Ryabinin A. G.

Federal State Budgetary Institution "Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation", Moscow, Russia

Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) – доброкачественная опухоль сложного строения, состоящая из производных нескольких тканей мезенхимального происхождения, характеризующаяся сочетанием сосудистой и волокнистой соединительной тканей. Особенностью данной опухоли является склонность ее к раннему обширному экспансивному росту с прорастанием в окружающие анатомические структуры (решетчатый лабиринт, клиновидная и верхнечелюстная пазухи, крылонебная и подвисочная ямки, зачелюстная область, орбита). Возникая на основании черепа, разрушая его, ангиофиброма может прорастать в полость черепа. Опухоль развивается лишь у мальчиков, чаще в возрасте 10–16 лет, но в последние годы отмечена тенденция к ее «омоложению». По данным нашей клиники, новообразование может быть диагностировано уже в 7–9 лет. ЮАОЧ возникает у 1 на 150 тыс. человек, на ее долю приходится 0,5% всех опухолей головы и шеи.

Цель исследования. Определить оптимальный доступ при удалении ЮАОЧ и вид предварительных хирургических вмешательств для профилактики интраоперационного кровотечения в зависимости от распространенности патологического процесса и возраста ребенка.

Пациенты и методы исследования. За время исследования проведено лечение 51 пациента, 41 из них – дети до 9 лет (80,3%). Клиническое оториноларингологическое обследование проводили с помощь стандартного набора инстру-

ментов с использованием видеоэндоскопической установки “Karl Storz” с эндоскопом диаметром 2,7 мм; 0, 30°. Обязательно в предоперационном периоде назначали рентгенологическое обследование (КТ придаточных пазух носа с контрастированием, МРТ органов головы и шеи). У всех больных диагностирована ЮАОЧ II стадии.

Результаты и обсуждение. В настоящее время существует пять доступов при удалении ЮАОЧ: через естественные пути (по А. Г. Лихачеву), небный (модификация А. Г. Филатова), альвеолярно-небный (модификация Д. И. Зимонта), трансмаксиллярный (по Денкеру), лицевой (по Муру). Первые два доступа применяют при удалении новообразования I и II стадий, остальные – при удалении ангифибромы IIIа, IIIб и IV стадий. Наружные доступы приводят к значительным косметическим дефектам, что ограничивает их применение у детей. В целях предупреждения массивного интраоперационного кровотечения хирургическое вмешательство проводят с эмболизацией или перевязкой наружной сонной артерии либо наложением временной лигатуры на нее. В нашей клинике проведено 53 операции по поводу ЮАОЧ. В 2 случаях (3,9%) имел место рецидив новообразования. Своевременная диагностика ЮАОЧ на I и II стадиях патологического процесса позволила применить способ хирургического вмешательства без перевязки наружной сонной артерии модифицированным доступом по Лихачеву с эндоскопическим контролем (47 операций (92%). В остальных случаях удаление ангиофибомы проводили с перевязкой наружной сонной артерии или наложением временной лигатуры на нее в зависимости от возраста пациента. В результате проведенного лечения был достигнут хороший клинический эффект.

Выводы. Таким образом, отмечена тенденция к «омоложению» опухоли. Новообразование развивается у детей с 7–9 лет.

Применение современных диагностических методов (КТ придаточных пазух носа с контрастированием, МРТ органов головы и шеи, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки) дает возможность выявить ЮАОЧ на ранних стадиях развития опухоли, что позволяет использовать хирургические доступы через естественные пути, а не наружные доступы, приводящие к значительным косметическим дефектам.

Удаление ЮАОЧ необходимо проводить с предварительной эмболизацией или перевязкой наружной сонной артерии или наложением временной лигатуры на нее. Выбор предварительных хирургических вмешательств зависит от распространенности опухоли и возраста ребенка. У детей предпочтительнее наложение временной лигатуры на наружную сонную артерию, чем ее перевязка. Удаление новообразования без предварительных хирургических вмешательств возможно лишь в начальной стадии патологического процесса.

УДК 616.288.5-007.271-089.168

ОСОБЕННОСТИ ПРИОБРЕТЕННЫХ АТРЕЗИЙ ПЕРЕПОНЧАТО-ХРЯЩЕВОГО ОТДЕЛА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Аникин И. А., Еремин С. А., Салихова Г. С.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

PROPERTIES ACQUIRED ATRESIA MEMBRANOUS-CARTILAGINOUS PART OF THE EXTERNAL AUDITORY CANAL AND THEIR IMPACT ON THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT

Anikin I. A., Eremin S. A., Salikhova G. S.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Цель исследования. Анализ причин возникновения атрезии в перепончато-хрящевом отделе наружного слухового прохода, ее выраженности, их влияния на появление холестеатомы и результативность хирургического лечения.

Пациенты и методы исследования. Для профилактики рестеноза разработан новый способ устранения атрезии перепончато-хрящевого отдела наружного слухового прохода (НСП). При устранении атрезии полностью иссекаются фиброзная ткань, хрящ из основания ушной раковины, все стенки перепончато-хрящевого отдела, включая хрящи. По границе просвета НСП дистально в костном отделе формируются фрезевые отверстия, к которым подшиваются кожные лоскуты на питающем основании, сохранившиеся после удаления атрезии. Эти кожные лоскуты «на ножке» позволяют исключить использование свободных перемещенных кожных лоскутов, а их фиксация к кости исключает смещение в послеоперационном периоде. Таким способом было прооперировано 15 пациентов с атрезией в перепончато-хрящевом отделе наружного слухового прохода. Использовались данные объективного осмотра в предоперационном и отдаленном послеоперационных периодах, аудиометрии в предоперационном, раннем и отдаленном послеоперационных периодах. Описана холестеатома при таких атрезиях, оценены выраженность атрезии и уровень снижения слуха. С помощью статистических методов проведен анализ слуха, получаемого в результате операции, и его зависимости от выраженности атрезии и сопутствующей патологии.

Результаты исследования. У 9 пациентов из 15 (60%) было обнаружено полное заращение (атрезия) НСП, у 6 пациентов (40%) – выраженный стеноз, нарушающий эвакуацию содержимого проксимального отдела НСП. При этом у 6 пациентов с полной атрезией наблюдалась холестеатома в проксимальном отделе и только у 3 ее не обнаружено. У всех пациентов с полной атрезией без холестеатомы костный отдел НСП был занят фиброзной тканью. Следовательно, все пациенты, имеющие полное заращение НСП в перепончато-хрящевом отделе, имели патологию костного отдела, заключающуюся в развитии холестеатомы или фиброза. Из 6 пациентов с неполной атрезией (стенозом) только в 2 случаях развивалась холестеатома в подлежащих отделах, у остальных 4 пациентов костный отдел был свободно проходим. Всего холестеатома была обнаружена у 8 пациентов (53,3%) и не фиксировалась у 7 пациентов (46,7%).

При рассмотрении причин появления атрезии были выделены три основные:

– предшествующая травма (6 пациентов, 40%);

– операция (7 пациентов, 46,7%);

– длительный воспалительный процесс в наружном и (или) среднем ухе без травм и хирургических вмешательств (2 пациента, 13,3%).

При таком распределении выявлено, что травма приводила к развитию как полной атре-

зии (4 человека, 26,67% всей патологии, 44,44% полных атрезий), так и частичной (2 человека, 13,33% всей патологии и 33,33% всех стенозов) и способствовала развитию выявленных холестеатом (62,5%, 5 наблюдений). Хирургические вмешательства стали причиной 44,44% полных атрезий (4 наблюдения) и 50% частичных (3 наблюдения) и у 20% всех пациентов приводили к развитию холестеатомы (3 наблюдения, 37,5% всех холестеатом). Хроническое воспаление в равной степени приводило к развитию как атрезии, так и стеноза (по 1 наблюдению, 6,67%), но не приводило к развитию холестеатомы.

Всем пациентам было проведено устранение атрезии разработанным в НИИ ЛОР способом, включающим широкую резекцию всего перепончато-хрящевого отдела наружного слухового прохода и закрытие раневой поверхности кожными лоскутами на питающем основании из ушной раковины.

Проведена оценка слуха у 10 пациентов (7 пациентов с полной атрезией и 3 пациента со стенозом), у 5 пациентов оценка не проводилась в связи с их возрастными особенностями или выявленной предоперационно полной глухотой на оперируемом ухе. В результате хирургического лечения и оценки уровня слуха у 10 пациентов пороги костного звукопроведения незначительно улучшились с 11 до 5 дБ, в среднем на 6 дБ (p = 0,002693). Значительно уменьшились пороги воздушного звукопроведения с 56,75±22,9 до 28,25±12,75 дБ, в среднем на 28,5±12,72 дБ (p = 0,000058). Костно-воздушный интервал сократился на 22,5±12,36 дБ (p = 0,000274).

При этом в случае полной атрезии костно-воздушный интервал был более выраженным (47,32±13,11 дБ) до операции, чем при неполной атрезии (42,08±2,6 дБ), сокращался сильнее (26,25±12,64 дБ), чем при неполной (13,75±6,61 дБ) и оказывался меньшим по сравнению с операциями при стенозах (21,07±3,49 и 28,33±4,73 дБ соответственно). В результате лечения при полной атрезии сильнее уменьшался порог воздушного звукопроведения (на 30,89±14,1 дБ), чем при стенозах (на 22,92±8,04 дБ). Пороги костного звукопроведения значительно не изменялись в обоих случаях (на 4,64±4,93 дБ при атрезиях и на 9,17±1,44 дБ при стенозах).

Проверка слуха проводилась у 4 пациентов с холестеатомой и у 6 без холестеатомы. Костное звукопроведение не претерпевало значимого изменения в обеих группах, однако воздушное звукопроведение и костно-воздушный интервал имели более выраженную положительную динамику в группе с холестеатомой (изменения на 33,75±5,3 и 29,06±3,29 дБ соответственно) по сравнению с пациентами без холестеатомы (изменения на 25±15,41 и 18,12±14,53 дБ соответственно). Пациенты с холестеатомой обладали сопоставимым уровнем изначального слуха (58,75±9,84 дБ воздушного звукопроведения) в сравнении с пациентами без холестеатомы (55,42±29,69 дБ, $p > 0,05$) и лучшим слухом после операции (25±7,259 против 30,42±15,71 дБ), что, однако, пока не явилось статистически значимой разницей.

При наблюдении в сроки от 12 до 36 месяцев не зарегистрировано ни одного случая рецидива атрезии, проявлений значимого стеноза, снижения слуха или рецидива холестеатомы.

Выводы. Полное заращение наружного слухового прохода в перепончато-хрящевом отделе развивается преимущественно в результате травмы или операции и всегда приводит к патологии более глубоких отделов уха.

Наличие холестеатомы встречается у половины пациентов с данной патологией и может обусловливать более выраженное снижение слуха (даже в большей степени, чем выраженность атрезии), но при этом не является негативным фактором для его восстановления.

Разработанный способ устранения атрезии наружного слухового прохода с широкой резекцией перепончато-хрящевого отдела позволяет добиться значительного и стойкого улучшения слуха при любых формах атрезии, а также способствует профилактике повторного появления атрезии.

УДК 616.284-002.258-089.87

ИНФРАКОХЛЕАРНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФРАЛАБИРИНТНОЙ-АПИКАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМОЙ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Аникин И. А., Хамгушкеева Н. Н.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

INFRACOCHLEAR APPROACH OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH INFRALABYRITHINE-APICAL PETROSAL CHOLESTEATOMAS

Anikin I. A., Khamgushkeeva N. N.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Хирургическое лечение пациентов с инфралабиринтной-апикальной холестеатомой пирамиды височной кости заключается в радикальном удалении образования, зачастую вместе с улиткой, что приводит к развитию у пациентов в послеоперационном периоде хронической сенсоневральной тугоухости IV степени.

Цель исследования. Разработать способ хирургической санации инфралабиринтной-апикальной холестеатомы пирамиды височной кости с сохранением улитки.

Способ хирургического лечения. Предложен способ хирургической санации инфралабиринтной-апикальной холестеатомы пирамиды височной кости с сохранением улитки, который может быть рекомендован пациентам с хроническим гнойным средним отитом с распространением холестеатомы по инфралабиринтному клеточному тракту к верхушке пирамиды височной кости при условиях:

– без вовлечения в патологический процесс улитки при ее сохранной слуховой функции;

– при отсутствии высокого стояния луковицы яремной вены;

– при отсутствии предлежания внутренней сонной артерии к структурам барабанной полости, глубокого и широкого гипотимпанума (по данным компьютерной томографии височных костей – расстояние от луковицы яремной вены до перепончатого лабиринта должно быть не менее 4 мм).

Операцию проводят под наркозом при использовании мониторинга лицевого нерва методом игольчатой стимуляционной электромиографии. Выполняют расширенную антромастоидотомию с обнажением твердой мозговой оболочки средней черепной ямки, синодурального угла, сигмовидного синуса, если того требуют локализация и масштабы патологического процесса, с последующей ревизией трепанационной полости и удалением патологически измененных тканей, холестеатомы, вросшего эпидермиса, молоточка, наковальни. Скелетируют фаллопиев канал от пирамидального отростка до уровня выхода его из шилососцевидного отверстия до появления пороговых электромиографических событий при установленной силе тока от 0,8 до 0,5 мА. При данных пороговых значениях силы тока целостность фаллопиева канала сохраняется, что позволяет добиться более широкого доступа к верхушке пирамиды височной кости и одновременно снизить риск повреждения внутренней сонной артерии, луковицы яремной вены.

Трепанационную полость расширяют режущими и алмазными борами снизу за счет снесения костного навеса нижней стенки наружного слухового прохода вместе с барабанным кольцом до луковицы яремной вены для лучшего обзора гипотимпанального пространства; спереди – за счет удаления передней стенки наружного слухового прохода до височно-нижнечелюстного сустава, перикаротидных и предкаротидных клеток до внутренней сонной артерии; сверху – за счет истончения костной капсулы улитки до ее перепончатой части.

Бором меньшего диаметра удаляют синусы гипотимпанума, далее клетки инфралабиринтного клеточного тракта, углубляясь по направлению к верхушке пирамиды височной кости.

Режущим или алмазным борами удаляют костную ткань между улиткой и внутренней сонной артерией. Обнажают вертикальную часть внутренней сонной артерии. С помощью микроинструментов холестеатому удаляют из пораженных структур височной кости, в частности из гипотимпанума и верхушки пирамиды височной кости.

Операцию выполняют с крайней осторожностью, чтобы не повредить сверху – улитку, спереди – внутреннюю сонную артерию, снизу – лу-

ковицу яремной вены, сзади – фаллопиев канал. Выполняют пластику наружного слухового прохода, лоскут подшивают к верхним и нижним углам раны. Из заушного разреза берут и подготавливают фасциальный лоскут.

Укладывают фасциальный лоскут над тимпанальным устьем слуховой трубы и выполняют тимпанопластику по III или IV типу: на головку стремени (III тип тимпанопластики) или на одно из окон лабиринта (IV тип тимпанопластики). Выполняют пластику наружного слухового прохода, кожный лоскут подшивают к верхним и нижним углам раны, что позволяет вести созданную трепанационную полость открыто, так как максимально резецировать матрикс холестеатомы с поверхности адвентиции внутренней сонной артерии и луковицы яремной вены, без риска повреждения последних, технически сложно.

На стенки сформированной трепанационной полости укладывают силиконовые полоски и полость заполняют гемостатическими губками с антибактериальной мазью на 1 месяц. Заушную рану послойно ушивают. Накладывают асептическую повязку.

Пациента приглашают через 1 месяц для удаления тампонов из трепанационной полости, проведения тональной аудиометрии и в последующем на ежемесячные осмотры в течение года для ухода за трепанационной полостью.

Заключение. Таким образом, предложенный способ хирургической санации инфралабиринтной-апикальной холестеатомы пирамиды височной кости с сохранением улитки позволит достичь хороших анатомо-функциональных результатов и минимизировать риск развития резидуальной холестеатомы.

УДК 616.289-089.87:611.715.3

СПОСОБ ЗАБОРА ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Аникин М. И., Багаутдинов А. А.

ГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», 460000, Оренбург, Россия

A METHOD OF TAKING THE TEMPORAL BONE

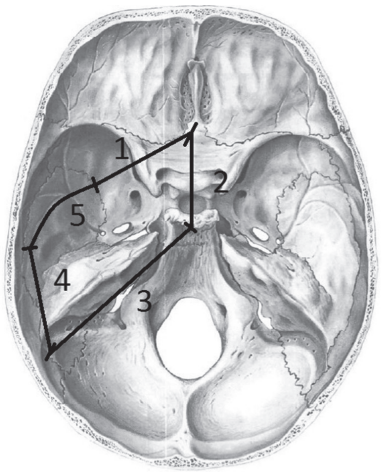
Anikin M. I., Bagautdinov A. A.

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

Оперативное лечение заболеваний периферического отдела звукового анализатора представляет собой сложную и не в полной мере решенную проблему в оториноларингологии. Детальное изучение макро-микроскопического строения височной кости позволит не только совершенствовать оперативные навыки отохирургов, но и будет способствовать разработке новых приемов оперирования с учетом индивидуальной анатомической изменчивости. Забор кадаверального единого комплекса височной кости, включающего все полости среднего уха, внутреннее ухо и костный отдел наружного слухового прохода, в целях детального изучения макро-микроскопической анатомии, может привести к грубой деформации мозгового и лицевого отдела черепа.

Разработан способ взятия единого комплекса «височная кость» от трупа человека, который не приводит к деформации черепа и обезображиванию трупа человека.

Суть метода заключается в проведении 5 распилов со стороны основания черепа. Первый распил производится от заднего края середины малого крыла основной кости до середины ее тела в направлении петушиного гребня; второй – сагиттально через тело основной кости до заднего края



Вид основания черепа и линии распилов (1–5) .

спинки седла. Третий распил производится по заднему краю пирамидки височной кости до места соединения сигмовидного и поперечного синусов. Четвертым распилом параллельно чешуйчатой части височной кости последняя отделяется от каменистой части, начиная с латерального края третьего распила до уровня рваного отверстия. Последний, пятый, распил производят по дуге выгнутой кнаружи, соединяя передний край четвертого и латеральный край первого распилов, отсекая, таким образом, скуловую кость, что предотвращает деформацию лицевого скелета (рис.).

Удаление целого комплекса «височная кость» таким способом предотвращает деформацию лицевого и мозгового черепа. Также в целях предотвращения изменения конфигурации основания черепа нежелательно производить одновременное удаление правого и левого комплекса «височной кости» от одного трупа черепа. Для более аккуратного и менее травматичного удаления комплекса «височной кости» все манипуляции следует производить циркулярной пилой.

Заключение. Разработанная методика позволила нам произвести забор 100 целых кадаверальных комплексов «височная кость» с сохранением всех полостей среднего уха, внутреннего уха, костного отдела наружного слухового прохода, а также с сохранением всех топографо-анатомических соотношений окружающих тканей, включая часть носоглотки.

УДК 616.284-007-089

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ИЗОЛИРОВАННЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДНЕГО УХА

Гончаров О. И., Аникин И. А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

SURGICAL TREATMENT IN DIFFERENT TYPES OF ISOLATED ABNORMALITIES OF THE MIDDLE EAR

Goncharov O. I., Anikin I. A.

Federal State Budgetary Institution «Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech» Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Частота встречаемости аномалий уха приблизительно составляет от 1:10 000 до 1:20 000 новорожденных. Пороки развития среднего уха могут быть разделены на большие, при которых вовлекается наружное и (или) внутреннее ухо, и малые, при которых поражается исключительно среднее ухо (изолированные аномалии среднего уха).

Актуальность проблемы состоит в отсутствии единой тактики хирургического лечения и сложности диагностики данной патологии. При оперативном вмешательстве по поводу мальформаций среднего уха высок риск развития осложнений. У многих пациентов невозможно добиться стойкого удовлетворительного функционального результата.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения изолированных аномалий среднего уха, изучение вариантов мальформаций и разработка оптимальной тактики хирургического лечения в зависимости от типа аномалии.

Пациенты и методы исследования. С 2009 по 2016 г. в Санкт-Петербургском НИИ уха горла носа и речи было выполнено 55 оперативных вмешательств по поводу изолированных аномалий развития среднего уха при наличии костно-воздушного интервала более 35 дБ. Средний возраст пациентов составил 19 лет.

Пациентам проводилось стандартное обследование: сбор жалоб и анамнеза заболевания, отоскопия, отомикроскопия, камертональные пробы, аудиологическое исследование (тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия), импедансометрия, тимпанометрия, консультация сурдолога, компьютерная томография височных костей.

В целях обследования пациенты были разделены нами на четыре основные группы. В первую группу вошло 6 пациентов с аномалией развития молоточка и наковальни при интактном стремени с подвижной подножной пластинкой. В таких случаях выполнялась тимпанопластика второго

типа по Tos с удалением наковальни и оссикулопластикой частичным титановым протезом, дистальная часть которого устанавливалась на головку стремени. При фиксации нормальных молоточка и (или) наковальни к стенкам аттика косточки не удаляли и с помощью бора формировали пространство в 1 мм между стенками барабанной полости и слуховыми косточками.

Во вторую группу вошли 14 пациентов с аномалиями стремени при подвижной подножной пластинке. При наличии гиперплазии передней ножки стремени и приращении стремени к каналу лицевого нерва производили его отсепаровку, после чего отмечалась мобилизация стремени. Если же отмечалась выраженная аномалия суперструктур стремени, производилось удаление последних с дальнейшей тимпанопластикой 3-го типа по Tos с установкой полного титанового протеза на подвижную подножную пластинку стремени.

В третью группу вошли 24 пациента с аномалиями стремени и неподвижной подножной пластинкой. Данным пациентам проводилась стапедотомия или стапедэктомия (в случае невозможности перфорации подножной пластинки из-за сильного ее утолщения), после чего производилась оссикулопластика плунжерным протезом типа K-piston, который проксимальной частью подвешивался за длинный отросток наковальни, а при его отсутствии – за рукоятку молоточка. В 7 случаях наблюдалось нависание лицевого нерва над нишей овального окна, что уменьшало размер последней до 1 мм и менее. Если размер ниши составлял от 1 до 0,6 мм – на середине ножки протеза перед установкой формировали изгиб во избежание контакта между ножкой протеза и нависающей частью лицевого нерва. В случаях, если размер ниши составлял менее 0,6 мм, проводилось расширение ниши за счет снятия части промонториума, составляющей стенку ниши овального окна. При сужении ниши овального окна за счет нависания оголенного лицевого нерва, применялась facial-roll-методика, заключавшаяся в аккуратном отодвигании лицевого нерва от ниши.

Четвертую группу составили пациенты (11), у которых не было подножной пластинки стремени и наблюдалась аплазия овального окна. Тактика хирургического лечения заключалась в наложении вестибулостомы на медиальной стенке барабанной полости у места предполагаемой проекции окна преддверия. Далее при наличии нормальной наковальни или молоточка осуществлялась оссикулопластика протезом типа K- piston. В случаях отсутствия всей цепи слуховых косточек и окна преддверия после наложения вестибулостомы осуществлялась оссикулопластика полным титановым протезом.

Во избежание травматизации лицевого нерва проводился его интраоперационный мониторинг.

Результаты исследования. Для оценки функциональных результатов операций рассчитывали средние значения порогов костного, воздушного звукопроведения и костно-воздушного интервала в каждой группе по данным аудиометрического исследования, проведенного в послеоперационном периоде (табл.).

У пациентов 1, 2 и 3-й групп удалось достичь хороших функциональных результатов в 87% случаев.

У пациентов 4-й группы удовлетворительного функционального результата удалось достичь в 31% случаев, что было связано с зарастанием вестибулостомы. Проведенное исследование показывает, что у пациентов с отсутствием овального окна и стремени вестибулотомия с оссикулопластикой является недостаточно эффективным вмешательством. В дальнейшем 5 пациентам из 4-й группы проводилась установка имплантируемых аппаратов типа Vibrant Soundbridge и BAHA с последующим удовлетворительным функциональным результатом.

Таблица

Средние данные аудологического обследования четырех групп в до- и послеоперационных периодах (ближайшем и отдаленном), дБ

Сроки	Показатели тональной аудиометрии	Группы			
		1	2	3	4
До операции	Пороги костной проводимости	14	16	18	17
	Пороги воздушной проводимости	51	57	65	71
	Костно-воздушный интервал	37	41	47	54
Ближайший послеоперационный период	Пороги костной проводимости	13	16	17	16
	Пороги воздушной проводимости	21	26	31	35
	Костно-воздушный интервал	8	10	17	19
Отдаленный послеоперационный период	Пороги костной проводимости	12	15	18	18
	Пороги воздушной проводимости	14	30	36	60
	Костно-воздушный интервал	12	15	18	42

Выводы. У 87% пациентов 1, 2 и 3-й групп (со сформированным окном преддверия и наличием подножной пластинки) удалось достичь стойкого удовлетворительного функционального результата.

При сужении ниши окна преддверия из-за нависания канала лицевого нерва у пациентов с изолированными мальформациями среднего уха частичное удаление мыса (1,5 мм) со стороны окна преддверия и формирование изгиба на середине ножки протеза, а также применение facial-roll-методики позволяют выполнить стапедопластику с получением удовлетворительного функционального результата в 81% случаев.

У пациентов с отсутствием овального окна и стремени не удается достичь большого процента удовлетворительных результатов путем выполнения вестибулотомии с оссикулопластикой. У таких пациентов методом выбора является установка имплантируемых слуховых аппаратов.

УДК 616.28-002+616.284.7:614.1:314.4(470.55+470.58)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЧЕЛЯБИНСКОЙ И КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТЕЙ

Горбунов А. В.[1], Дубинец И. Д.[1], Коркмазов А. М.[1], Петров А. С.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 454092, г. Челябинск, Россия

[2] ГБУ «Курганская областная клиническая больница» Департамента здравоохранения Курганской области, 640000, г. Курган, Россия

THE PREVALENCE OF DISEASES OF THE EAR AND MASTOID PROCESS AMONG THE RESIDENTS OF CHELYABINSK AND KURGAN REGIONS

Gorbunov A. V.[1], Dubinets I. D.[1], Korkmazov A. M.[1], Petrov A. S.[2]

[1] South Ural state medical University, Ministry of health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

[2] Kurgan regional clinical hospital health Department of Kurgan region, Kurgan, Russia

Заболевания уха и сосцевидного отростка в связи с их высокой распространенностью относятся к приоритетным проблемам современной оториноларингологии, поскольку влекут за собой тугоухость, что приводит к снижению качества жизни, общего уровня здоровья населения и увеличению числа первичного выхода на инвалидность. Лечение указанных пациентов представляет определенные трудности, так как процент рецидивирования заболеваний уха и перехода их в хронические формы не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту. Разработка научно обоснованных мероприятий по совершенствованию организации оториноларингологической службы невозможна без достоверных сведений об уровне и о характере распространенности болезней уха и сосцевидного отростка. Одним из основных методов статистического анализа заболеваемости населения служит определение болезней уха и сосцевидного отростка по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Челябинская область и часть Курганской области расположены на Южном Уралеи в целом близки по климатогеографическим условиям, однако существует и ряд важных различий. Население Челябинской области проживает более компактно, преимущественно в городах, в то время как 40% населения Курганской области – в сельской местности, зачастую на значительном удалении от столицы, крупных городов и районных центров. Такие различия в условиях проживания населения могут отразиться и на распространенности заболеваний, в том числе уха.

Цель исследования. Провести ретроспективное сравнительное исследование распространенности заболеваний уха и сосцевидного отростка по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения среди населения Челябинской области как промышленного центра Южного Урала и Курганской области как сельскохозяйственной местности Зауралья.

Материалы и методы исследования. Для сравнительной оценки заболеваний уха и сосце-

видного отростка были взяты данные отчетной документации Министерства здравоохранения Челябинской области и Министерства здравоохранения Курганской области (форма № 14) за 2014 г. Для сравнения количество больных было пересчитано на 100 тыс. населения. Заболевания уха и сосцевидного отростка составляли 102,5 случая на 100 тыс. населения, что на 54,6% меньше, чем в Курганской области. Болезни среднего уха также преобладали в Курганской области (70 и 62,3 – на 11% больше). Показатели обращаемости с острым средним отитом в Челябинской области в 2,7 раза выше, чем в Курганской области. Противоположная картина наблюдается с хроническим средним отитом (в Челябинской области в 2,6 раза меньше). Болезни внутреннего уха встречались также чаще в Челябинской области (в 2,6 раза).

Болезни слуховой трубы реже выявлялись в Курганской области (в 10 раз). Другая картина наблюдалась и при потере слуха: в Курганской области показатель кондуктивной потери слуха был выше на 97%, нейросенсорной – на 82%, чем в Челябинской области.

Полученные данные при исследовании заболеваемости уха и сосцевидного отростка у населения регионов Челябинской и Курганской областей, различающихся по количеству сельских жителей, вероятно, связаны с тем, что сельское население в меньшей степени имеет возможность обратиться в амбулаторно-поликлинические учреждения для получения специализированной оториноларингологической помощи по сравнению с городскими пациентами. Поэтому сельские жители Курганской области обращаются к врачу-специалисту чаще с хроническими формами заболеваниями, сопровождающимися тугоухостью.

Обращаемость по поводу острого среднего отита выше в Челябинской области, в то же время распространенность хронического среднего отита ниже, что может косвенно говорить о своевременности выявления, лечения и предупреждения развития хронических форм заболевания, в том числе сопровождающихся тугоухостью.

УДК 616.284-002.2-089(470.55):614.1

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА

Дубинец И. Д., Горбунов А. В., Коркмазов М. Ю., Смирнов А. А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 454092, г. Челябинск, Россия

DYNAMICS ANALYSIS OF SURGICAL INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA OF THE CITY OF CHELYABINSK

Dubinets I. D., Gorbunov A. V., Korkmazov M. Yu., Smirnov A. A.

South Ural state medical University, Ministry of health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

Хронический гнойный средний отит – распространенная патология среднего уха поликлинического и стационарного уровня оториноларингологической помощи, никогда не терявшая актуальности, поскольку является основной причиной приобретенной тугоухости и страдают им чаще лица трудоспособного возраста. Кроме того, гнойный процесс височной кости может сопровождаться осложнениями, угрожающими жизни пациента: мастоидитом, менингитом, абсцессами мозга, тромбозами синусов. Консервативное лечение хронического гнойного среднего отита является предварительным этапом и необходимо для подготовки больного уха к оперативному лечению. Операции по поводу хронического гнойного среднего отита делят на закрытые, при условии соблюдения органосохраняющего принципа с различными вариантами пластики и реконструкции структур среднего уха и облитерации полостей сосцевидного отростка, и открытые, при условии санирующего этапа с формированием неополостей среднего уха с частичными вариантами тимпаномастоидопластики (Крюков А. И., Гаров Е. В., 2016). К сожалению, при осложнениях и в запу-

щенных случаях хронического гнойного среднего отита с выраженной деструкцией структур среднего уха, с рецидивами холестеатомы, с рубцовым перерождением слизистой оболочки слуховой трубы, склеротическим типом строения сосцевидного отростка показана радикальная санирующая операция на ухе по срочным показаниям.

Цель исследования. Провести анализ динамики количества и вида оперативных вмешательств у пациентов с хроническим гнойным средним отитом за 5 лет в г. Челябинске.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на клинической базе кафедры оториноларингологии МБУЗ ОТКЗ ГКБ № 1 г. Челябинска. Была сформирована выборка из срочных и плановых операций по поводу хронического гнойного среднего отита за период 2012–2016 гг. Был проведен анализ динамики количества и вида проведенных оперативных вмешательств у пациентов г. Челябинска.

Результаты исследования. Общее количество прооперированных пациентов за 5 лет составило 10 566, из них ежегодно доля радикальных общеполостных санирующих операций уха составляет 0,93% (в 2016 г. их количество возросло до 3%).

Количество срочных операций по поводу хронического гнойного среднего отита увеличивается за последний год в ГКБ № 1 г. Челябинска. Прежде всего, это связано с увеличением доступности современной диагностики данного заболевания и с предоставлением специализированной медицинской помощи за счет территориального фонда обязательного медицинского страхования в условиях региона.

Выводы. Несвоевременное обращение больных с хроническим гнойным средним отитом за специализированной медицинской помощью является причиной снижения качества жизни и необходимости оперативного вмешательства по открытому типу.

Неуклонный рост количества оперативных вмешательств по поводу хронического гнойного среднего отита позволяет задуматься о развитии антибиотикорезистентности у пациентов с хроническим гнойным средним отитом в г. Челябинске.

УДК 616.286.2:612.72:616.284-002.2-089

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ РЕСНИТЧАТОГО ЭПИТЕЛИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Захарова Г. П., Шабалин В. В., Аникин И. А., Астащенко С. В., Сапоговская А. С.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, гора, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

EXPRESS DIAGNOSTICS OF THE MOTOR FUNCTION OF THE CILIARY EPITHELIUM OF THE AUDITORY TUBE DURING SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA

Zakharova G. P., Shabalin V. V., Anikin I. A., Astashchenko S. V., Sapogovskaya A. S.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) остается одной из основных причин развития тугоухости высокой степени у детей и людей трудоспособного возраста, что определяет его социальную значимость. Несмотря на развитие микрохирургической техники и разработку новых способов операций, хирургическое лечение пациентов с ХГСО является актуальной проблемой современной оториноларингологии.

Представленные в настоящее время в литературе результаты морфологических исследований слизистой оболочки слуховой трубы и среднего уха не дают полного представления о структурно-функциональном состоянии эпителия. Данные о характере двигательной активности реснитчатого эпителия у больных хроническим средним отитом практически отсутствуют. Проведение исследования двигательной активности реснитчатого

эпителия тимпанального устья слуховой трубы с помощью телевизионной микроскопии и его микроскопического строения позволит нам дать более полную характеристику структурно-функционального состояния слизистой оболочки среднего уха при различных вариантах хронической патологии. На основании проведенного исследования будет проводиться прогнозирование результатов оперативного вмешательства на среднем ухе и выбор тактики комплексного лечения больных (в интра- и постоперационном периоде), направленных на повышение эффективности хирургического лечения пациентов с хронической патологией среднего уха.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения больных с ХГСО путем разработки способа интраоперационной экспресс-диагностики двигательной функции реснитчатого эпителия тимпанального устья слуховой трубы.

Пациенты и методы исследования. Нами обследовано 150 пациентов с разными формами хронического среднего отита в возрасте от 16 до 60 лет. Из них пациенты с хроническим мезотимпанитом составили 64% (96 человек), хроническим эпитимпанитом – 36% (54 человека). Наличие холестеатомы до операции обнаружено у 78 пациентов, что составило 52% вне зависимости от формы ХГСО. Пациенты поступали в СПб НИИ ЛОР для проведения планового хирургического лечения на среднем ухе. В соответствии с целью исследования пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 75 пациентов с ХГСО, которым интраоперационно проводилась экспресс-диагностика двигательной активности реснитчатого эпителия тимпанального устья слуховой трубы. С учетом результатов экспресс-диагностики выбирали способ укладки трансплантата барабанной перепонки. Вторую группу составили 75 пациентов, которым проводилось традиционное хирургическое лечение.

Методы исследования

1. Клинический (эндовидеоскопия полости носа с помощью жестких эндоскопов и регистрацией на видеоаппаратуру, отоскопия, отомикроскопия, тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия, КТ височных костей).

2. Биофизический (телевизионная микроскопия препаратов в переживающих тканях).

3. Гистологический.

4. Компьютерная и математическая обработка видеозаписей двигательной активности ресничек эпителия слизистой оболочки с определением интегральной оценки эффективности МЦТ.

Материал эпителия слизистой оболочки слуховой трубы и среднего уха для исследования получали у больных хроническим средним отитом при выполнении различных вариантов оперативных вмешательств на среднем ухе из тимпанального отдела слуховой трубы и различных отделов барабанной полости путем соскоба слизистой оболочки с помощью микрощетки.

В соответствии с программой расчеты проводили в выбранных областях интереса с движущимися ресничками в поле кадра видеозаписи каждого образца. В качестве интегральных критериев оценки двигательной активности ресничек нами разработаны критерии: средняя скорость, наиболее вероятная частота биений ресничек, процентное количество ресничек в разных классах. По частоте биений реснички были распределены на классы: с низкой (от 3 до 6 Гц), промежуточной (от 6 до 10 Гц), высокой (от 10 до 14 Гц) частотами двигательной активности.

Проводилось вычисление процентного содержания ресничек разных классов у каждого обследуемого. За наиболее вероятную частоту принималась частота, с которой осуществляют биения максимальное в процентном отношении количество ресничек. При средней скорости двигательной активности ресничек более 170 мкм, количестве ресничек в разных классах более 40% и наиболее вероятной частоте биения ресничек в разных фазах движения от 10 до 14 Гц (активная двигательная функция) использовали способ укладки трансплантата барабанной перепонки underlay, overlay или по комбинированной технике. При средней скорости двигательной активности ресничек до 170 мкм, количестве ресничек в разных классах до 40 % и наиболее вероятной частоте биения ресничек в разных фазах движения до 10 Гц (двигательная функция слабая или отсутствует) использовали способ укладки трансплантата барабанной перепонки только overlay, установку ТВТ на операции или в послеоперационном периоде (после формирования НТМ).

Результаты исследования. Визуальная микроскопическая оценка препаратов переживающих тканей у 65% пациентов с хроническим средним отитом обнаружила реснитчатые клетки с функционально активными двигающимися ресничками, которые осуществляли синхронные биения. Участки с двигающимися ресничками могли располагаться как по краю препарата, так и по всей поверхности изучаемого материала. У 35% пациентов была обнаружена метаплазия эпителия в однорядный кубический и многослойный с изменением или отсутствием ресничек без признаков у них двигательной активности.

При математической обработке видеозаписей двигательной активности ресничек выявлено, что средняя длина ресничек системы среднего уха меньше, чем средняя длина ресничек эпителия полости носа. Средняя длина ресничек барабанной полости 5,5±0,2 мкм, тимпанального отдела слуховой трубы 4,8±0,2 мкм, глоточного отде-

ла слуховой трубы 5,8 ± 0,2 мкм, в то время как средняя длина ресничек эпителия полости носа 8,5±0,2 мкм ($p \leq 0,1$).

Положительный функциональный результат операции (сформированная неотимпанальная мембрана на естественном уровне) достигнут у 83% пациентов второй и у 92,4% пациентов первой группы.

Статистически достоверное улучшение слуха ($p < 0,05$) зарегистрировано в отдаленные сроки после операции у 89,8% пациентов первой и у 73,7% пациентов второй группы.

Заключение. Таким образом, изучение состояния и двигательной активности реснитчатого эпителия слуховой трубы и среднего уха у пациентов с хроническим средним отитом методом телевизионной микроскопии препаратов в переживающих тканях показало, что реснитчатый эпителий слуховой трубы имеет морфологические особенности, отличающие его от эпителия верхних дыхательных путей.

Основываясь на результатах интраоперационной экспресс-диагностики двигательной функции реснитчатого эпителия слуховой трубы у пациентов с ХГСО можно обосновать выбор техники укладки трансплантата барабанной перепонки, что позволит получить положительный морфофункциональный результат у большего числа пациентов.

Опираясь на результаты интраоперационной экспресс-диагностики, можно прогнозировать результаты оперативного вмешательства на среднем ухе.

УДК 616.283.7-089:615.849.14

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ДИСФУНКЦИЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Исаев В. М., Егоров В. И., Мустафаев Д. М., Исаев Э. В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

LASER SURGERY OF HEARING TUBES DYSFUNCTION

Isaev V. M., Egorov V. I., Mustafaev D. M., Isaev E. V.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Проявление симптоматической картины, характерной для дисфункции слуховой трубы, требует проведения диагностических процедур для уточнения диагноза и выявления поражений слухового аппарата. Известно, что важным условием для осуществления звукопроводящей функции средним ухом является наличие нормального воздушного давления в барабанной полости.

Достижение максимальной эффективности лечения дисфунций слуховой трубы зависит от своевременной постановки диагноза и устранения причин развития заболевания. Лечение длительной, упорно протекающей дисфункции слуховой трубы должно основываться прежде всего на максимально возможном устранении этиологических факторов и носить при этом патогенетическую направленность. Это подтверждается литературными данными и результатами нашего опыта.

Лечебные воздействия на слуховую трубу включают консервативные и щадящие хирургические методы, поскольку любое достаточно грубое воздействие на область устья слуховых труб в условиях анатомической близости ее стенок может привести к повреждению эпителиального слоя и развитию в дальнейшем рубцового процесса в ее просвете, что, в свою очередь, только осложнит течение заболевания. Изменения в области глоточного устья слуховой трубы чаще всего первичны, нормализация его состояния обычно приводит к улучшению патологического процесса в самой слуховой трубе и барабанной полости. Исходя из вышеизложенного нами был разработан новый метод лечения дисфункций слуховой трубы с помощью хирургического лазера.

Поставленная цель достигается тем, что под контролем зрения с помощью эндоскопа на область устья слуховой трубы, в том числе на гипертрофированную трубную миндалину, воздействуют излучением ИАГ-гольмиевого лазера (длина волны 2,09 мкм), который транслируется к месту

по гибкому световоду. Световод подводят к устью слуховой трубы, в зависимости от толщины ткани, которая подлежит лазерной деструкции, контактно или дистанционно воздействуют лучом лазера. При отечных формах вазомоторных сальпингитов лазерному воздействию подвергается слизистая оболочка впереди устья слуховой трубы, при гипертрофии тубарных валиков лазеродеструкцию проводили по периметру миндалины на достаточном удалении от самого глоточного устья. В послеоперационном периоде со 2-го дня для ускорения репаративных процессов область устьи слуховой трубы облучали диодным лазером (длиной волны 0,63 мкм) ежедневно (6–8 сеансов).

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 47 больных с длительностью заболевания от 8 месяцев до 3 лет, перенесших операцию ИАГ-гольмиевым лазером по поводу имевшейся у них тубарной дисфункции.

36 больным с гипертрофией трубных миндалин проведена лазерная деструкция, остальным 11 больным была произведена лазерная деструкция слизистой оболочки области иннервации n. Bocca с последующей лазерной терапией.

Точечное лазерное воздействие в зоне устья слуховой трубы оказалось эффективным у большинства пациентов с хроническим сальпингоотитом, экссудативным средним отитом. Устранение патологических состояний, глоточного устья слуховой трубы позволило достичь стойкого положительного результата.

Выводы. Подводя итог вышеизложенному, можно говорить о высокой результативности предложенного нами способа лечения дисфункций слуховой трубы.

Метод оказался эффективным у 90% больных. Отдаленные сроки наблюдения составили свыше 3 лет.

УДК 616.284-003.2-089.163-073.4-8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Конушкин В. А., Щербик Н. В., Староха А. В.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», 634050, г. Томск, Россия

THE ULTRASOUND USE IN PATIENTS WITH OTITIS MEDIA WITH EFFUSION PREOPERATIVE DIAGNOSTICS

Konushkin V. A., Shcherbik N.V., Starokha A. V.

Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

В практике детского оториноларинголога наиболее часто встречаемой формой тугоухости, как известно, является кондуктивная, представленная главным образом дисфункцией слуховой трубы и экссудативным средним отитом.

Интерес к экссудативному среднему отиту обусловлен многообразием клинических проявлений заболевания, что создает трудности в его диагностике, длительностью течения, трудоемкостью лечения, зачастую резистентностью к стандартной терапии среднего отита, склонностью к рецидивированию.

При неэффективности консервативного лечения при ЭСО показано применение миринготомии и длительного (от 1 до 6–24 месяцев) дренирования барабанной полости посредством шунтирования. Шунтирование барабанной полости может сопровождаться осложнениями: выпадение шунта, оторея, обтурация шунта, атрофия барабанной перепонки и прилипание ее к медиальной стенке барабанной полости, западение шунта в барабанную полость и т. д.

На сегодняшний день диагностика экссудативного среднего отита основывается на данных анамнеза, эндоскопии, акуметрического исследования, аудиометрии и оценки тубарных функций. В ряде случаев проводится рентгенологическое исследование.

В настоящее время для определения показаний к тимпаностомии в качестве золотого стандарта применяют метод тимпанометрии. При анализе данных тимпанометрии следует учитывать следующие обстоятельства: на плоских кривых может отмечаться повышение (комплаенс)

в зоне отрицательного давления, характерное для кривых типа С, кроме того, результаты, получаемые при данном исследовании, во многом зависят от давления в барабанной полости, а также от подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, которые могут быть нарушены не только при ЭСО, но и при тимпаносклерозе, адгезивном среднем отите, сальпингоотите и других заболеваниях. Кривые типа В, характерные для экссудативного среднего отита, регистрируются не только при данном заболевании, но и при адгезивном среднем отите, в случаях, когда барабанная перепонка прилежит к мысу или сращена с ним, а также при сальпингоотите. Кроме того, тимпанометрия обладает недостаточной точностью и информативностью, поскольку даже незначительные нарушения проходимости слуховой трубы могут быть зарегистрированы импедансометром на тимпанограмме в виде кривой типа В, вследствие заметного повышения акустического сопротивления среднего уха, что не всегда соответствует наличию экссудата в барабанной полости. Отсюда возникает необходимость в более точной диагностике наличия или отсутствия экссудата за барабанной перепонкой, кроме применяющихся в настоящее время методов. Для решения вопроса об определении показаний к хирургическому лечению ЭСО мы предлагаем способ исследования барабанной полости посредством одномерной ультразвуковой сонографии.

Всего в Томском филиале ФБГУ НКЦО ФМБА России нами обследовано 60 пациентов, наблюдавшихся по поводу экссудативного среднего отита с применением тимпанометрии и предлагаемого способа – одномерной ультразвуковой сонографии.

Специфичность диагностики с помощью предлагаемого способа составила 93,3%, что было подтверждено течением болезни или оперативным вмешательством. У всех обследованных пациентов по данным тимпанометрии было выявлено наличие экссудата за барабанной перепонкой (кривая типа В на тимпанограмме). После проведения исследования посредством одномерной ультразвуковой сонографии наличие экссудата за барабанной перепонкой было описано только в 56 случае. У 4 оставшихся пациентов экссудата за барабанной перепонкой выявлено не было, хотя по данным тимпанометрии его наличие было подтверждено. На предложенный способ диагностики экссудативного среднего отита посредством одномерной ультразвуковой сонографии нами оформлен патент на изобретение (№ 2487667 от 11.03.2012 г.).

Таким образом, на основании комплексной оценки всех параметров клинического исследования у обследованных нами пациентов можно сделать вывод: одномерная ультразвуковая сонография является достаточно точным способом диагностики экссудата в полости среднего уха. Поскольку ее специфичность в отношении данного симптома достаточно высока, она может служить диагностически достоверным методом в вопросе определения показаний к проведению тимпаностомии.

УДК 616.284.7-002-089:616.288.2-001.4-089.43

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОЙ ВЯЛОГРАНУЛИРУЮЩЕЙ РАНЫ ЗАУШНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО МАСТОИДИТА

Коровин П. А.

ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

A METHOD OF TREATING AN INFECTED SLUGGISH GRANULATING WOUND BEHIND THE EAR IN THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE MASTOIDITIS

Korovin P. A.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Основным видом хирургического лечения больных острым мастоидитом является антромастоидотомия, которая предполагает санацию очага инфекции в области уха.

В соответствии с современными понятиями гнойной хирургии послеоперационная рана после выполнения антромастоидотомии оставляется открытой для эвакуации патологического отделяемого и непосредственного введения лекарственных средств.

Нередко такие раны являются инфицированными, тяжело поддаются консервативной терапии и на протяжении долгого времени покрываются грануляционной тканью, тем самым процесс выздоровления значительно удлиняется.

Согласно нашим наблюдениям и информации из различных источников вторичное инфицирование раны достигает 4,5–5%, увеличивая риск возникновения различных осложнений. Для уменьшения данного процента послеоперационная полость обрабатывается режущими и шлифующими борами, что потенциально рискованно в связи с возможностью повреждения тонких анатомических структур среднего и внутреннего уха (канал лицевого нерва, лабиринт и т. д.).

Одним из способов лечения инфицированной вялогранулирующей раны является наложение повязки с контролируемым отрицательным давлением.

Предлагается по окончании оперативного пособия накладывать на послеоперационную рану заушной области повязку с контролируемым отрицательным давлением от –60 до –100 мм рт. ст.

Предложенный способ позволяет свести к минимальному сроку очищение раны, росту грануляционной ткани и подготовить ее к наложению первично-отсроченных швов, тем самым ускорить выздоровление.

УДК 616.288.5-002.4

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ

Коцеруба А. А., Назарук Е. И.

ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко», 295026, г. Симферополь, Республика Крым, Россия

NECROTIZING OTITIS EXTERNA

Kotseruba A. A., Nazaruk E. I.

Republican Clinical Hospital named after N. A. Semashko, Simferopol, the Republic of Crimea, Russia

Злокачественный наружный отит встречается главным образом у людей пожилого возраста с сахарным диабетом или другими состояниями, сопровождающимися ослаблением иммунитета (ВИЧ-инфекция, состояние после химиотерапии). Это наиболее тяжелая форма наружных отитов, с быстрым распространением инфекции в глубину тканей, бурным ростом грануляций и секвестрацией костной ткани.

Самым частым возбудителем злокачественного наружного отита является *Pseudomonas aeruginosa* (до 98%), распространению инфекции способствует ее свойство вырабатывать протеолитические ферменты – эластазу и коллагеназу. Другими возбудителями могут быть *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella oxytoca*, а также *Aspergillus*, *Proteus* и *Candida spp*.

К факторам, способствующим развитию заболевания при сахарном диабете, относят нарушение микроциркуляции, повышение кислотности ушной серы слухового прохода и наличие в ней глюкозы.

Ведущая жалоба при злокачественном наружном отите – выраженный болевой синдром, даже при минимальных объективных изменениях. Характерным признаком также является гноетечение из уха. Больные часто отмечают снижение слуха.

Отоскопически на ранних стадиях данный вид отита может себя ничем не проявлять, позже наблюдается картина диффузного наружного отита, иногда ограниченного, в виде инфильтратов и абсцессов на границе хрящевой и костной стенок наружного слухового прохода, затем происходит бурный рост грануляционных тканей и остеомиелит стенок слухового прохода. При прогрессировании процесса может наблюдаться парез лицевого нерва. Воспаление может распространиться на окружающие структуры – основание черепа, височно-нижнечелюстной сустав, ткани околоушной слюнной железы, мягкие ткани шеи с развитием флегмоны шеи.

Диагностическое обследование включает: ОАК, определение уровня глюкозы крови, ОАМ, бактериологическое исследование мазка из слухового прохода на микроорганизмы с обязательной антибиотикограммой, биопсию грануляций, КТ и МРТ.

Лечение данного заболевания заключается в длительном курсе системной антибиотикотерапии, включая препараты, обладающие антисинегнойной активностью. Применяются также препараты, улучшающие мозговое кровообращение, дезинтоксикационная терапия и НПВС. Обязательна коррекция лечения сахарного диабета. Используются топические препараты: антибактериальные мази и ушные капли, бактериофаги.

В качестве дополнительной терапии применяются гипербарическая оксигенация, физиотерапевтические методы. Хирургическое лечение заключается в удалении грануляционной ткани, дренировании абсцессов, иссечении хрящевых и костных секвестров. Если консервативное лечение с мощной противовоспалительной терапией и многократное удаление грануляций из уха успеха не имеет, проводится санирующая радикальная операция на ухе.

За 2015–2016 гг. в оториноларингологическом отделении РКБ им. Н. А. Семашко пролечено 4 больных со злокачественным наружным отитом. У 3 была инсулинозависимая форма сахарного диабета, 1 пациентка с впервые выявленным диабетом. Все больные поступали после длительного безуспешного амбулаторного лечения, уже на стадии развития грануляций. Всем производилось удаление грануляций до здоровых тканей, проводилась длительная терапия инъекционными антибактериальными препаратами, промывание уха антисептиками, вводили турунды с антибактериальными мазями, растворами антибиотиков, все получали инсулинотерапию. Двое пациентов в течение года госпитализировались повторно, один из них трижды. Только у одного больного с тяжелой формой диабета, по поводу которого ампутированы обе конечности, развился парез лицевого нерва. У остальных больных процесс не выходил за пределы наружного уха.

Заключение. Учитывая тяжесть протекания данного заболевания, вероятность рецидивов и серьезных осложнений, всем больным с неясными наружными отитами на фоне сахарного диабета показано обязательное стационарное лечение, возможно с повторными госпитализациями и дальнейшим длительным амбулаторным наблюдением у ЛОР-врача и эндокринолога.

УДК 616.831-002.3-002:616.28:614.1:314.4

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кривопалов А. А.[1], Янов Ю. К.[1], Щербук А. Ю.[2], Рубин А. Н.[2], Артюшкин С. А.[3], Шарданов З. Н.[3]

[1] ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, Санкт-Петербург, Россия

[3] ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

OTOGENIC PREVALENCE OF INFLAMMATORY INTRACRANIAL COMPLICATIONS

Krivopalov A. A.[1], Yanov Yu. K.[1], Shcherbuk A. Yu.[2], Rubin A. N.[2], Artyushkin S. A.[3], Shardanov Z. N.[3]

[1] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[2] St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

[3] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Научный интерес к изучению проблемы гнойно-воспалительных внутричерепных осложнений (ВЧО) острых и хронических заболеваний среднего уха сохраняется на высоком уровне до настоящего времени.

Цель исследования. Изучение распространенности отогенных гнойно-воспалительных внутричерепных осложнений.

Материалы и методы исследования. Были использованы данные публикаций отечественных и зарубежных авторов, посвященных ретроспективному анализу лечебно-диагностической работы на протяжении длительного периода, а также сведения, предоставленные главными специалистами-оториноларингологами 34 субъектов РФ.

Результаты исследования. При сравнительном анализе публикаций о больных, лечившихся в ЛОР- и нейрохирургических клиниках различных государств, выяснено, что в лечебных учреждениях экономически развитых стран в среднем было зарегистрировано по 2,3 случая отогенных гнойно-воспалительных ВЧО на один стационар в течение года, а в развивающихся странах – по 3,9 случая ежегодно. По данным ЛОР-специалистов, в лечебных учреждениях Казахстана и Белоруссии отмечено по 2,5 случая отогенных гнойно-воспалительных ВЧО, а в Российской Федерации – в среднем по 8,3 в течение календарного года.

В настоящее время в структуре отогенных ВЧО, согласно анализу полученной информации, доминируют по частоте встречаемости гнойно-воспалительные поражения вещества и синусов головного мозга – 1428 (84,9%) случаев, в том числе абсцессы головного мозга – 508 (30,3%), синус-тромбозы – 499 (29,7%), экстра- и субдуральные эмпиемы – 421 (25,0%). Гнойные менингиты составили 254 (15,1%) клинических случая. Соотношение изолированных и множественных внутричерепных заболеваний в развитых и развивающихся странах было сходным (87,3/12,7 и 88,4/11,6% соответственно). В Казахстане и Белоруссии – это соотношение составляет 86,6/13,4, а в России – 55,4/44,6%.

Всего в 34 субъектах РФ, по сведениям главных специалистов-оториноларингологов, в 2009–2014 гг. было госпитализировано 135 015 взрослых пациентов с острыми, хроническими гнойно-воспалительными процессами носа, околоносовых пазух и среднего уха, что составило 49,7±3,2% в общей структуре ЛОР-патологии. При этом обнаружен прирост воспалительной патологии: носа и околоносовых пазух на 0,35±0,02%, среднего уха на 0,13±0,01%, глотки и гортани на 1,31±0,03%. Средняя частота встречаемости отогенных внутричерепных осложнений составила 0,32±0,03%, а больничная летальность – 20,9±2,2%.

Выводы. Частота встречаемости отогенных гнойно-воспалительных ВЧО среди оториноларингологических пациентов сохраняется на высоком уровне и существенно не изменилась с 90-х годов прошлого столетия. Высокая больничная летальность при данной патологии представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, являясь частью общей смертности населения.

Этим определяется необходимость совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам с отогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями на всех уровнях организации: от первичной до специализированной, разработки и внедрения концепции комплексного междисциплинарного подхода диагностики и лечения данной категории больных.

УДК 616.287.4-089.85:614.1:314.4(470-25):616.284.4

СТАТИСТИКА СТАПЕДОПЛАСТИК У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ В МОСКВЕ

Крюков А. И.[1], Романенко С. Г.[1], Мосейкина Л. А.[2], Федорова О. В.[2], Киселюс В. Э.[1]

[1] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамена здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

[2] МУЗ «Городская клиническая больница № 52» Департамена здравоохранения Москвы, 123182, Москва, Россия

STATISTICS STAPEDOPLASTY IN PATIENTS WITH OTOSCLEROSIS IN MOSCOW

Kryukov A. I.[1], Romanenko S. G.[1], Moseikina L. A.[2], Fedorova O. V.[2], Kiselyus V. E.[1]

[1] Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

[2] City Clinical Hospital N 52 the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

По данным показателей статистической отчетности ЛОР-стационаров Москвы, за последние 10 лет отмечено увеличение числа пациентов с заболеваниями ЛОРорганов (в 2006 г. – 27 862, в 2015 г. – 32 734). На этом фоне также увеличилось число больных госпитальной (стационарной) патологией уха (в 2006 г. – 7453, в 2015 г. – 8616). Также отмечен значительный рост операций при заболеваниях уха (в 2006 г. – 1402, в 2015 г. – 3582). При этом доля данной категории больных в структуре ЛОР-патологии составляет 27,6% при его колебании за этот период от 26,3 до 28,9%. Средний процент количества операций при заболеваниях уха в общей структуре операций составляет 9,4% при его росте с 8,8% (2006) до 9,7% (2015). Анализ спектра операций при этой патологии показал, что рост количества вмешательств в стационарах обусловлен увеличением реконструктивных операций при заболеваниях среднего уха.

Что касается больных отосклерозом, получающих хирургическое лечение в стационарах Москвы, то за последнее десятилетие отмечается их неуклонный рост, что выражается как в количественном (в 2006 г. – 180, в 2015 г. – 417), так и процентном (2,4 и 4,8%, соответственно) отношении в структуре больных патологией уха. Однако среднее количество стапедопластик в общей структуре операций на ухе составляет 11,9% при его колебании от 9,4 до 14%. Основное количество стапедопластик у больных отосклерозом в Москве выполнено в отделе микрохирургии уха НИКИО им. Л. И. Свержевского и отделении оториноларингологии и микрохирургии уха ГКБ № 52, которое до 2010 г. являлось клинической базой института. Сотрудниками этих отделений проводились различные методики стапедопластики в зависимости от показаний, технического оснащения, течения вмешательства и операционных находок. За десятилетний период в 1380

(48,3%) случаях выполнялась поршневая стапедопластика, в 1227 (43%) – стапедопластика с использованием аутохрящевого протеза стремени, установленного на аутовену, закрывающую окно преддверия, в 244 (8,5%) – подобная методика с применением фторопластовых или титановых протезов стремени. Если ранее в этих отделениях основной методикой была аутотканевая стапедопластика, то с 2010 г. в отделении оториноларингологии и микрохирургии уха ГКБ № 52 – поршневая стапедопластика – вследствие простоты выполнения и эффективных результатов. В отделе микрохирургии уха НИКИО отдается предпочтение методикам широкого окна (частичная стапедэктомия) и изоляции жидкостей преддверия при установке протезов стремени в связи с наличием различных технических средств ассистенции, ранним и лучшим закрытием костно-воздушного интервала и уменьшением порогов слуха по костному звукопроведению при этих методиках.

Заключение. Таким образом, в городе Москве наблюдается увеличение числа больных отосклерозом, что связано с улучшением диагностики данного заболевания. Изменение характеристики методик стапедопластики обусловлено увеличением количества больных отосклерозом. В то же время при наличии технического оснащения выбор эффективной методики стапедопластики должен определяться с учетом возраста пациента, вида тугоухости, характера очагов и их локализации, анатомических особенностей строения ниши окна преддверия и течения хода операции.

УДК 616.283.1-089.843+616.284-002.2

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВАРИАНТ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТА СРЕДНЕГО УХА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Кузовков В. Е., Янов Ю. К., Левин С. В., Сугарова С. Б., Лиленко А. С.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

ALTERNATIVE APPROACH TO ACTIVE MIDDLE EAR IMPLANT IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA

Kuzovkov V. E., Yanov Yu. K., Levin S. V., Sugarova. S. B., Lilenko A. S.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В настоящее время для реабилитации пациентов, страдающих различной формой тугоухости, при невозможности ношения обычного слухового аппарата успешно применяется активный имплант среднего уха Vibrant Soundbridge. В начале существования данной технологии вибрирующая катушка (FMT – floating mass transducer) импланта устанавливалась только на длинную ножку наковальни в контакте со стременем при условии сохранной и подвижной цепи слуховых косточек.

В 2006 г. профессор V. Colletti впервые применил активный имплант среднего уха Vibrant Soundbridge у пациентов со смешанной формой тугоухости и доказал, что если установить катушку импланта на мембрану окна улитки, вибрация электромагнитного импланта приведет к колебаниям жидкости внутреннего уха, а следовательно, к улучшению звуковосприятия, разборчивости речи пациентов с аудиопроцессором импланта.

Такая методика установки импланта среднего уха нашла широкое применение у пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом, при наличии полости после радикальной операции, после повторных неудачных тимпанопластик.

Однако в некоторых случаях при измененной анатомии среднего уха, невозможности идентифицировать окно улитки, а также при фиксации цепи слуховых косточек установка катушки в окно улитки невозможна.

Нами разработан способ фиксации вибрирующей катушки без идентификации окна улитки, позволяющий использовать возможности костной проводимости.

На клиническом примере доказана эффективность предложенного метода, выполнено аудиологическое тестирование, а также определена разборчивость речи.

УДК 616.284.4-089-073.756.8

КТ-ДИАГНОСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА

Кузьмин Д. М., Жорина А. С., Пащинин А. Н., Привалова Ж. В.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрав России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

CT-DIAGNOSIS OF SURGICAL TREATMENT OF OTOSCLEROSIS

Kuz'min D. M., Zhorina A. S., Pashchinin A. N., Privalova Zh. V.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В настоящее время стапедопластика является оптимальным методом коррекции нарушений слуха, обусловленных стойкой фиксацией стремени. Отсутствие в недавнем прошлом методов детальной визуализации структур среднего и внутреннего уха позволяло судить о качестве проведенного оперативного вмешательства только по косвенным признакам. При неудачных исходах оссикулопластики, сопровождающихся, в частности, смещением установленного протеза, компьютерная томография позволяет контролировать качество оперативного лечения как на ранних, так и на поздних сроках после операции. Таким образом, ранняя диагностика выполняемой стапедопластики при помощи МСКТ височных костей позволяет определить дальнейшую тактику ведения пациентов с неудовлетворительными функциональными результатами.

Цель исследования. Определение корреляции между глубиной погружения стапедиального протеза в преддверие лабиринта и функциональными результатами стапедопластики.

Пациенты и методы исследования. В исследование включены 36 пациентов (5 мужчин, 31 женщина), больных отосклерозом после выполнения стапедопластики. Оценка функциональных результатов кохлеовестибулярной функции стапедопластики выполнялась при помощи пороговой тональной аудиометрии в расширенном диапазоне частот и компьютерной видеонистагмографии. МСКТ-исследование височных костей проводилось на 64-срезовом компьютерном томографе с толщиной среза 0,5 мм. Для визуального анализа использовались аксиальные изображения, мультипланарные реконструкции с интервалом 0,3 мм, проекции максимальной интенсивности (MIP). Качественная и количественная оценка 36 височных костей включала регистрацию такого параметра, как глубина погружения стапедиального протеза в преддверие лабиринта.

Результаты исследования. Функциональные результаты стапедопластики, оцениваемые методами тональной пороговой аудиометрии и видеонистагмографии, коррелировали с данными, полученными при помощи МСКТ височных костей. По данным МСКТ височных костей на оперированной стороне в 35 наблюдениях отмечалось правильное положение протеза, фиксированного на длинном отростке наковальни с погружением в овальное окно преддверия улитки. В одном случае отмечалась дислокация протеза, свободно лежащего в барабанной полости в области гипотимпанума по данным МСКТ, при этом функциональные результаты слуховой и вестибулярной функций не менялись и соответствовали дооперационным значениям.

Соотношение функциональных результатов стапедопластики с данными МСКТ позволило определить наличие причинно-следственной связи нежелательных последствий операции. Так, в 26 случаях средняя глубина погружения титанового протеза в преддверие улитки составила 0,41±0,08 мм, их костно-воздушный интервал регистрировался на уровне менее 10 дБ, скорость медленного компонента спонтанного нистагма составила 0,5±0,1 …°/с, что соответствовало хорошему результату операции. В 8 случаях у пациентов со средним значением КВИ 15–25 дБ глубина погружения титанового протеза составила 0,81±0,09 мм, СМК спонтанного нистагма – 1,6±0,8 °/с, что соответствовало удовлетворительному функциональному результату операции. В 1 наблюдении у пациента после стапедопластики глубина погружения титанового протеза составила 2,3 мм, при этом сохранялось пространство между концом погруженного протеза и внутренней стенкой преддверия. Средние функциональные значения слуховой и вестибулярной функций после операции у данного больного составили: КВИ 35 дБ, СМК спонтанного нистагма 4,8 …°/с, что соответствовало неудовлетворительному исходу оперативного лечения.

Выводы. Глубина погружения стапедиального протеза в преддверие лабиринта является одним из основополагающих факторов, влияющих на функциональный исход стапедопластики.

УДК 616.284.4-07

ДИАГНОСТИКА ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ФОРМ ОТОСКЛЕРОЗА

Кунельская Н. Л., Гаров Е. В., Зеликович Е. И., Загорская Е. Е., Киселюс В. Э.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

DIAGNOSIS OBLITERATING FORMS OF OTOSCLEROSIS

Kunelskaya N. L., Garov E. V., Zelikovich E. I., Zagorskaya E. E., Kiselyus V. E.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

Облитерирующие формы выявляются в 1–17,1% случаев у больных отосклерозом. По локализации очагов в основании стремени и нише окна преддверия выделяют от 3 до 10 типов стапедиального отосклероза [Gristwood R., 1966; Causse J. et al., 1975; Portmann M., 1979]. Облитерирующие формы отосклероза визуально разделяют на три степени: I – равномерное утолщение основания стремени за счет отоочагов; II – отоочаги по краям ниши окна преддверия, суживающие ее; III – отоочаги по краям ниши окна преддвериия с равномерным утолщением основания стремени [Nadol J., Mckenna M., 2005]. Из-за технических сложностей выполнения стапедопластики при этой форме отосклероза многие исследователи уделяли внимание поиску критериев предоперационной диагностики данной патологии.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 611 случаев первичной стапедопластики у больных тимпанальной и смешанной формой отосклероза, которые выполнены в отделе микрохирургии уха НИКИ оториноларингологии им. Л. И. Свержевского с 2010 по 2016 г. В 17 (2,8%) случаях (14 пациентов, 17 ушей) был диагностирован облитерирующий отосклероз и проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания, данных тональной пороговой аудиометрии (ТПА), компьютерной томографии (КТ) височных костей больных этой патологией до операции с интраоперационной оценкой локализации очагов отосклероза.

Из 14 пациентов с облитерирующим отосклерозом большинство составляли женщины – 10 (средний возраст – 38,8±6,2 года), мужчин было 4 (44,8±3,9 года). У всех больных имели место двустороннее снижение слуха и шум в ушах низкой тональности. Длительность тугоухости до операции у 9 (64%) больных составила более 8 лет

Мы придерживаемся классификации отосклероза в зависимости от состояния порогов слуха по костной проводимости (КП), предложенной Н. А. Преображенским и О. К. Патякиной (1973), где выделяются формы: тимпанальная – средние пороги КП в диапазоне 0,5–2 кГц составляют до 20 дБ, смешанная I – до 30 дБ, II – свыше 30 дБ, кохлеарная. В соответствии с этой классификацией по данным ТПА в 13 случаях облитерирующего отосклероза выявлена смешанная форма и в 4 – тимпанальная. При этом средний порог слуха по КП на частотах 0,5; 1; 2 и 4 кГц составил 25,7±2,3 дБ, средний костно-воздушный интервал (КВИ) на этих же частотах – 34,9±1,1 дБ.

КТ височных костей в аксиальной и фронтальной проекциях по программе костной реконструкции, толщиной среза 0,6 мм и с денситометрией показала I степень облитерации в 4 случаях, II – в 6, III – в 7 (по классификации J. Nadol и M. Mckenna). При этом фенестральная локализация очагов отосклероза выявлена в 9 случаях, смешанная – в 8. Консервативное инактивирующее лечение перед операцией вследствие выраженной деминерализации очагов отосклероза (плотность < 1000 ед Н) на основе данных КТ ви-сочных костей проведено 7 (50%) больным.

Операционные находки полностью соответствовали данным, полученным при КТ височных костей.

Анализ результатов обследования больных облитерирующей формой отосклероза показал в 7 случаях несоответствие формы отосклероза по данным ТПА локализации очагов отосклероза по данным КТ височных костей. Сравнение средних значений КВИ и порогов КП до операции выявило более выраженную тугоухость у больных III степенью облитерации (КВИ – 35,9±1,7 дБ, пороги КП – 31,3±1,3 дБ) в сравнении с I и II.

Заключение. Таким образом, по нашим данным, в настоящее время облитерирующая форма встречается у 2,8% больных отосклерозом.

Длительный анамнез выраженной тугоухости при смешанной ее форме является критерием диагностики распространенного или облитерирующего отосклероза.

Объективная диагностика этой формы отосклероза на дооперационном этапе возможна только с учетом данных КТ височных костей с денситометрией.

УДК 616-092.9-073.786

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗВУКОВОГО СИГНАЛА НА ПОДОПЫТНЫХ ЖИВОТНЫХ

Логаткин С. М., Кузнецов М. С.

ФГКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

IMPACT ASSESSMENT SPECIAL SOUND IN EXPERIMENTAL ANIMALS

Logatkin S. M., Kuznecov M. S.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Исследования на подопытных животных проведены в лабораторных условиях с использованием двух излучателей.

В качестве подопытных животных использовались кролики – 5 особей обоего пола массой 3–3,5 кг. При этом известно, что кролики более чувствительны (чем люди) к акустическим воздействиям. Разрывы барабанных перепонок у кроликов возникают при значительно меньшем звуковом давлении, чем у человека. Этим и обусловлен выбор биологической модели при проведении экспериментальных исследований.

Животные размещались в акустически прозрачных сетчатых клетках, на тех расстояниях от излучателей, где создавались уровни звука 116 и 126 дБА на протяжении 20 мин. В период проведения эксперимента осуществлялось наблюдение за поведением животных.

После эксперимента животных усыпляли и подвергали патоморфологическому исследованию. При этом обращали внимание на состояние внутренних органов. Состояние барабанных перепонок оценивали после вскрытия полости среднего уха.

По результатам патоморфологических исследований описывали визуально наблюдаемые изменения.

Специальный звуковой сигнал является преимущественно среднечастотным, максимальный уровень звука при этом приходится на полосы 2000 и 3150 Гц. Низкочастотные составляющие имеют уровень звукового давления примерно в 100 раз меньше, чем на указанных частотах.

Субъективно специальный звуковой сигнал воспринимается как меняющийся по тональности с определенной периодичностью. По сведениям, полученным от предприятия-разработчика, частота изменения тональности составляет 7 Гц. Эта частота примерно в 10 раз меньше резонансных частот органов груди и живота.

Наблюдение в процессе опыта показало, что 2 кролика, подвергавшихся воздействию звукового сигнала с уровнем 116 дБА, беспокойства не проявляли. Воздействие сигнала с уровнем 126 дБА на других трех особей вызвало беспокойство, проявившееся в периодических перемещениях животных в клетках.

При вскрытии подопытных животных после опыта видимых повреждений внутренних органов, слизистых и серозных оболочек не выявлено.

Осмотр барабанных перепонок, проведенный после вскрытия полости среднего уха, показал, что их структура не нарушена, кровоизлияния отсутствуют.

Заключение. Таким образом, даже при уровне звукового давления в 2–6 раз превышающем планируемое для участия добровольцев, видимых морфологических изменений не выявлено, что предполагает определенный уровень безопасности для последующих экспериментов.

УДК 616.284-002.2-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Новожилов А. А.[1], Абубакиров Т. Э.[1], Бабаев С. Ю.[2], Диленян А. Л.[1], Гаязов Т. Ф.[1]

[1] ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, 603074, Нижний Новгород, Россия

[2] ГБОУ ВО «Нижегородская ГМА» Минздрава России, 603005, Нижний Новгород, Россия

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

Novozhilov A. A.[1], Abubakirov T. E.[1], Babaev S. Yu.[2], Dilenyan A. L.[1], Gayazov T. F.[1]

[1] Privolzhsky District Medical Center FMBA of Russia, Nizhny Novgorod, Russia

[2] Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russia

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) занимает 27,2% в структуре заболеваний уха. Пациенты с ХГСО составляют 5,7–7% среди пациентов с ЛОР-патологией, требующей лечения в стационаре. Распространенность ХГСО в России составляет от 8,4 до 39,2 на 1000 населения. В настоящее время хирургическое вмешательство является эффективным методом лечения пациентов с ХГСО. По данным мировой литературы, эффективность реконструктивных операций на среднем ухе колеблется в пределах 70–95%.

Цель исследования. Проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с ХГСО, прооперированных в ЛОР-отделении ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России.

Пациенты и методы исследования. С января 2016 по декабрь 2016 г. в ЛОР-отделении клинической больницы № 3 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России прооперирован 181 пациент с ХГСО (194 уха). Первую группу составил 141 пациент (149 ушей) с центральной перфорацией барабанной перепонки без холестеатомы. Во вторую группу вошли 40 пациентов (45 ушей) с хроническим эпитимпанитом, осложненным холестеатомой. Возраст оперированных составлял от 18 до 79 лет, из них 81 (44,75%) были мужчины и 100 (55,25%) – женщины.

Всем пациентам в предоперационном периоде проводились отомикроскопия, аудиологическое обследование (тональная и пороговая аудиометрия в стандартном диапазоне), отоневрологическое обследование. Пациентам с подозрением на холестеатому выполнялась компьютерная томография височных костей.

Пациентам 1-й группы реконструкция барабанной перепонки выполнялась фасцией височной мышцы. В 28 (19%) случаях интраоперационно было выявлено поражение слуховой цепи различной локализации, степени тяжести, что потребовало одномоментной оссикулопластики с использованием титанового протеза и дополнительного укрепления барабанной перепонки хрящевым лоскутом.

Пациентам 2-й группы выполнялась аттикотомия (25 операций) или антромастоидотомия (20 операций). Во всех случаях санирующий этап дополнялся реконструкцией барабанной перепонки с помощью фасции височной мышцы, при выполнении антромастоидотомии формировалась малая барабанная полость. В 19 операциях (42%) у пациентов 2-й группы реконструктивный этап был дополнен оссикулопластикой титановым протезом с укреплением неотимпанальной мембраны хрящевым лоскутом. В 20 случаях (44%) интраоперационно было принято решение о проведении отсроченной оссикулопластики.

Положительным морфологическим результатом признавались случаи полного приживления аутотрансплантата. Функциональные результаты оценивались у всех пациентов 1-й группы и пациентов 2-й группы, перенесших санирующее вмешательство с одномоментной оссикулопластикой. Ранние функциональные результаты оценивались через 1,5–2,5 месяца, отдаленные функциональные результаты – через 6–8 месяцев.

Результаты и обсуждение. Оценка анатомических результатов показала, что в ближайшем послеоперационном периоде в 186 случаях (95,9%) неотимпанальная мембрана была без дефектов, подвижная. В 8 случаях (4,1%) возникла реперфорация.

Ранний функциональный результат удалось оценить в 171 (88%) случае, отдаленные функциональные результаты – в 86 (44%) случаях. При анализе отдаленных функциональных результатов была обнаружена статистически значимая ($p < 0,05$) положительная динамика: у пациентов 1-й группы в 87% случаев костно-воздушный интервал (КВИ) составлял не более 20 дБ, в 13% – 20–40 дБ. У пациентов 2-й группы КВИ менее 20 дБ наблюдался в 63% случаев, у 37% составил 20–40 дБ.

Выводы. В результате хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом получены удовлетворительные анатомические и функциональные результаты.

УДК 616.285-001-08

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОТИТОМ

Полякова С. Д., Батенева Н. Н., Некрасова Е. А.

ГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, Институт дополнительного профессионального образования», 394036, г. Воронеж, Россия

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH TRAUMATIC OTITIS

Polyakova S. D., Bateneva N. N., Necrasova E. A.

Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenco, Institute of additional professional education, Voronezh, Russia

Плотность и прочность меатальных мембран различаются у разных людей, поэтому повреждающее действие даже небольшой силы может привести к разрыву натянутой части барабанной перепонки. Наиболее частыми причинами травматического повреждения барабанной перепонки являются удар по уху, неосторожные манипуляции в слуховом проходе, перепады давления.

Пациенты и методы исследования. В 2013–2014 гг. в условиях стационара ВОКБ № 1 пролечены 73 пациента, в 2015 г. и первом полугодии 2016 г. – 58 человек. Возраст больных от 17 до 54 лет, мужчин 79 (60,3%), женщин – 52 (39,7%). В течение первой недели после травмы обратились 89 (67,9%) больных, второй – 30 (22,9%), третьей – 12 (9,2%). Пациенты жаловались на снижение слуха в 88% случаев, шум в ушах – в 94%, чувство заложенности в ухе – в 62%, выделения из уха беспокоили 7% больных.

При отоскопии были выявлены следующие типы перфораций барабанной перепонки: центральный дефект в задненижнем квадранте – у 27,5% больных, центральный дефект в передневерхнем квадранте – у 16,8%, центральный дефект в передних отделах барабанной перепонки – у 48,1%, субтотальный дефект барабанной перепонки – у 7,6% пациентов. При отомикроскопии с увеличением ×12,5 были выявлены разрывы с ровными краями в 65,6% случаев, с зубчатыми краями – в 19,8%, обширные центральные субтотальные с вывернутыми наружу краями – в 14,6% случаев. При обращении пациентов в ранние сроки чаще наблюдались щелевидные перфорации с неровными краями, на более поздних сроках от момента травмы перфорации приобретали более округлую форму, края их утолщались. Больные, обратившиеся в более поздние сроки после травмы (1–2 недели) и занимавшиеся самолечением (инсталляции антибактериальных капель и суспензии гидрокортизона в слуховой проход), имели, как правило, явления наружного отита (17 человек – 12,9%). Пациентам с отоскопической картиной воспаления среднего уха (11 человек – 8,4%): слизистая барабанной полости отечна, гиперемирована, в барабанной полости и слуховом проходе слизистое или слизисто-гнойное отделяемое – проводилось бактериологическое обследование. Золотистый стафилококк выявлен в 33,6% случаев, кишечная палочка – в 29%, синегнойная палочка – в 9,2%, протей – в 7,6%, посев отделяемого роста не дал в 20,6% случаев.

Больным с воспалительными явлениями наружного и среднего уха предварительно проводилось консервативное лечение: промывание барабанной полости растворами антисептиков в зависимости от чувствительности микрофлоры, лечение наружного отита с последующей рекомендацией хирургического восстановления дефекта барабанной перепонки.

Пациентам (103 человека) без воспалительных явлений в ухе производилось закрытие перфорации по модифицированной методике, предложенной Berthold. Под местной анестезией с использованием хирургического микроскопа микроиглой скарифицировали поверхностный слой эпидермиса по краю перфорации. Если край был завернут, его разворачивали, в результате чего перфорация уменьшалась в размере, затем укладывали материал для миринготластики на барабанную перепонку с переходом на кожу слухового прохода.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от материала, используемого для миринготластики. В первой группе 43 больным производилось закрытие перфорации амниотической пленкой куриного яйца.

Для второй группы из 58 пациентов в качестве материала для закрытия перфорации использовали силиконовую мембрану толщиной 0,1 мм.

При явлениях сенсоневральной тугоухости проводился курс сосудистой терапии (выбор препаратов и длительность пребывания пациентов в стационаре определялись индивидуально в зависимости от степени поражения звуковоспринимающего аппарата).

В дальнейшем пациенты наблюдались через 3 и 6 месяцев после окончания лечения. При повторном осмотре пациентов через 3 месяца в пер-

вой группе перфорация барабанной перепонки закрылась в 94,5% случаев, амниотическая пленка куриного яйца располагалась на нижней стенке слухового прохода или отсутствовала. У пациентов второй группы перфорация закрылась в 96,5% случаев.

Выводы. Миринготластика амниотической оболочкой куриного яйца и силиконовыми пленками является материально доступным, одинаково эффективным способом лечения больных с травматическими дефектами барабанной перепонки.

При наличии воспалительных явлений в барабанной полости показано консервативное лечение с последующим закрытием перфорации барабанной перепонки хирургическим путем.

УДК 616.284.7-089.843+615.466]-018

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ МАСТОИДОПЛАСТИКИ

Сайдулаев В. А.[1], Мухтаров К. М.[1], Шпотин В. П.[1,2], Григорьева А. А.[1,2], Ефремов А. Л.[1]

[1] Астраханский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, 414056, г. Астрахань, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России , 414000, г. Астрахань, Россия

THE LONG TERM RESULTS OF HISTOLOGICAL EXAMINATION OF PLASTIC MATERIALS AFTER MASTOID OBLITERATION

Saydulaev V. A.[1], Mukhtarov K. M.[1], Shpotin V. P.[1,2], Grigor'eva A. A.[1,2], Ephremov A. L.[1]

[1] Astrakhan branch of "Scientific Clinical Center of Otorhinolaryngology of Federal Medical and Biology Agency of Russia", Astrakhan, Russia

[2] Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Одним из методов профилактики «болезни оперированного уха», а также реабилитации пациентов с данной патологией является мастоидопластика, которая направлена на уменьшение сформированной во время санирующей операции мастоидальной полости. Лучшим пластическим материалом для мастоидопластики считаются собственные ткани пациента. При выборе пластического материала для мастоидопластики многие хирурги отдают предпочтение костной ткани, которая с точки зрения функциональной адаптации и стимуляции процессов остеогенеза считается лучшим материалом при мастоидопластике. Костная ткань может быть использована в виде костных пластинок, закрученных кусочков, костных «чипсов» и костной пасты.

Пациенты и методы исследования. На базе Астраханского филиала ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России и оториноларингологического отделения ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная больница» за период с 2013 по 2016 г. прооперировано 96 пациентов с диагнозом хронический гнойный средний отит (эпи- и эпимезотимпанит) с холестеатомой. В 61 (63,5%) случае выполнена санирующая операция с тимпано- и мастоидопластикой. У 35 (36,5%) пациентов выполнена повторная санирующая операция с тимпано- и мастоидопластикой по поводу «болезни оперированного уха». Во всех случаях использовалась ортотопическая костная ткань в виде костной стружки в качестве пластического материала для мастоидопластики.

Костную стружку получали путем фрезерования на малых оборотах и уменьшением количества подаваемого охлаждающего раствора. При проведении фрезерования «агрессивным» бором (D = 6–7 мм) получали крупнодисперсную костную стружку. При использовании «алмазного» или «агрессивного» бора меньшего диаметра получали мелкодисперсную костную стружку.

Гистологическое исследование 19 образцов имплантированной костной ткани было выполнено через 12 месяцев после операции. Материал для гистологического исследования получен из удаляемых тканей во время ревизионной хирур-

гии (second look). По данным гистологического исследования в 9 (47,4%) образцах были выявлены зрелые костные балки правильного строения. По периферии костной ткани имелись разрастания нежно-волокнистой соединительной ткани с умеренным количеством сосудов капиллярного типа. Такая гистологическая картина наблюдалась в тех случаях, где использовалась крупнодисперсная костная стружка. В 7 случаях из 9 при использовании крупнодисперсной костной стружки интеграция костного материала протекала по типу остеоинтеграции. В 10 случаях (52,6%), где использовалась мелкодисперсная костная стружка, преобладали молодые элементы костной ткани в виде остеоида, неравномерных разрастаний молодой остеогенной ткани. Остеоид представляет собой костную ткань на стадии формирования. При использовании мелкодисперсной костной стружки, в сравнении с крупнодисперсной костной стружкой, через 1 год после операции процесс интеграции еще продолжался. В 8 случаях из 10 при использовании мелкодисперсной костной стружки интеграция костного материала протекала по типу фиброостеоинтеграции.

Заключение. Таким образом, данные гистологического исследования показали, что через год после операции при использовании крупнодисперсной костной стружки, в сравнении с мелкодисперсной костной стружкой, костный материал проходит все этапы интеграции в основном путем остеоинтеграции, реже фиброостеоинтеграции.

УДК 616.285-089.844+616.284-002.2:615.415.9

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО КЛЕЯ НА ОСНОВЕ СУЛЬФАКРИЛАТА ПРИ ОССИКУЛОПЛАСТИКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Семенов Ф. В., Скибицкая Н. Ф.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 350063, г. Краснодар, Россия

APPLICATION OF BIOLOGICAL GLUE BASED ON SULFACRYLATE WITH OSSICULOPLASTY IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA

Semenov F. V., Skibitskaya N. F.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Kuban State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar, Russia

Несмотря на значительные успехи в хирургическом лечении больных хроническим средним отитом, от 10 до 25% пациентов в отдаленном периоде отмечают неудовлетворительные функциональные результаты. Последние нередко связаны со смещением звукопроводящих структур среднего уха после их реконструкции.

Причиной такого смещения является, с одной стороны, наличие нескольких подвижно соединенных между собой элементов, замещающих отсутствующие слуховые косточки или их поврежденные части, с другой стороны, сложность удержания (фиксации) в нужном положении элементов звукопроведения в момент окончания операции (укладка неотимпанального лоскута, тампонада слухового прохода) и в первые дни после реконструкции. Вышеуказанные процессы могут привести к неудовлетворительному функциональному результату, требующему повторного хирургического вмешательства.

В настоящее время существуют различные методы сохранения заданного положения восстановленной цепи слуховых косточек. Используются протезы с фиксирующими механизмами. Известен способ фиксации слуховых косточек с использованием желатиновой губки, иономера-цемента и др.

Ф. В. Семенов и соавт. используют для этих целей сгусток обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП), а также сгусток ОТП, обработанный лазером. Коагуляция обогащенной тромбоцитами плазмы с помощью лазерного излучения по-

вышает прочность фиксации слуховых косточек и их протезов, однако способ технически сложен, требует дорогостоящего оборудования, а также не исключен фактор агрессивного воздействия на ткани среднего уха. С учетом сказанного мы решили заменить лазерную коагуляцию нанесением на сгусток ОТП биологического клея на основе цианокрилатов. Клей обладает высокими адгезивными свойствами и при полимеризации плотно фиксирует фрагменты склеиваемых тканей.

Цель исследования. Улучшение функциональных результатов лечения больных хроническим гнойным средним отитом путем совместного применения обогащенной тромбоцитами плазмы и биологического клея на основе цианокрилата для фиксации реконструированной цепи слуховых косточек.

Пациенты и методы исследования. В целях выполнения научного исследования было отобрано 175 пациентов, прооперированных по поводу ХГСО в 2013–2015 гг. Из них 110 мужчин и 65 женщин в возрасте от 24 до 70 лет. Всем пациентам была выполнена санирующая операция закрытого или открытого типа с тем или иным типом тимпанопластики. В основную группу вошло 75 человек, у которых в качестве фиксирующего звукопроводящую цепь материала использовали обогащенную тромбоцитами плазму с последующей фиксацией ее биоклеем. В контрольной группе из 100 человек операции проводили без укрепления сгустка обогащенной тромбоцитами плазмы биоклеем.

В обоих случаях после замещения патологически измененных фрагментов слуховых косточек биоинертным трансплантатом вокруг него укладывали два-четыре кусочка обогащенной тромбоцитами плазмы аутокрови больного размером 2–3 мм. В основной группе плазму укрепляли путем нанесения нескольких капель биоклея.

Оценку функциональных результатов операции проводили через 1, 3 и 12 месяцев. Функциональные результаты оценивали с помощью тональной пороговой аудиометрии. Определяли среднее значение костно-воздушного интервала в зоне речевых частот.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что динамика восстановления подвижности звукопроводящей системы среднего уха в основной и контрольной группах была примерно одинаковой. В то же время количество неудачных функциональных исходов, обусловленных смещением восстановленных звукопроводящих структур среднего уха, при использовании клея было меньшим.

Выводы. Использование обогащенной тромбоцитами плазмы с последующим укреплением ее биологическим клеем на основе цианокрилатов в качестве способа фиксации звукопроводящих структур при выполнении оссикулопластики облегчает закрепление протезируемых элементов, снижает риск их смещения в послеоперационном периоде до образования физиологической фиксации за счет формирования рубцовой ткани между элементами среднего уха. Все это позволяет улучшить функциональный результат проводимого лечения и уменьшить процент рецидивов, связанных с нестабильностью восстановленной звукопроводящей системы.

УДК 616.284-002.5

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДНЕГО УХА

Струнина Е. Ю.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

A RARE CASE OF TUBERCULOSIS OF THE MIDDLE EAR

Strunina E. Yu.

Samara State Medical University, Samara, Russia

Туберкулез ЛОРорганов в практике оториноларингологов встречается нередко. Однако в подавляющем большинстве случаев (90%) страдает гортань. На туберкулез среднего уха приходится всего около 3% поражений ЛОРорганов при этом заболевании. Путь распространения инфекции – гематогенный или тубарный. Чаще всего для туберкулеза среднего уха характерны бессимптомное начало заболевания и длительное вялотекущее течение. В более тяжелых случаях в процесс вовлекается височная кость, возникает обширный некроз в барабанной полости и сосцевидном отростке. В нашем отделении прошла обследование пациентка, у которой отмечены нетипичное начало туберкулезного процесса в среднем ухе и очень редкий исход заболевания.

Пациентка Р., 33 лет, поступила в ЛОР-отделение Клиник СамГМУ с жалобами на заложенность левого уха, снижение слуха на левое ухо, пульсирующий низкочастотный шум в левом ухе. Считает себя больной в течение 1,5 лет. Связывает начало заболевания с промыванием полости носа, после чего появилась резкая заложенность левого уха. ЛОР-врач в поликлинике назначил капли в ухо. Результата от лечения не было. В течение последующих 6 месяцев заложенность левого уха сохранялась. Затем появилась резкая, сильная боль в левом ухе, в этот же день из уха стала выделяться белая, прозрачная липкая жидкость, боль в ухе уменьшилась. Амбулаторно по назначению врача пациентка принимала амоксициллин внутрь, кандибиотик в левое ухо. Выделения из уха не прекратились. Последующие 3 месяца беспокоили сильная заложенность носа, насморк. Терапевт в поликлинике направил на флюорографию. Была выявлена очагово-инфильтративная форма туберкулеза легких. Было начато лечение по поводу туберкулеза легких. В левое ухо ЛОР-врач назначил отофу. Предварительно был взят мазок из левого уха – обнаружены микобактерии туберкулеза. Выделения из уха постепенно прекратились. Через 4 месяца пациентке было закончено специфическое лечение. Однако заложенность левого уха сохранялась. По этому поводу она и поступила через 5 месяцев после выписки из туберкулезного диспансера в ЛОР-отделение Клиник СамГМУ.

При осмотре: левое ухо – отделяемого в наружном слуховом проходе нет, барабанная перепонка серая, опознавательные знаки не выражены; правое ухо – барабанная перепонка серая, опознавательные знаки выражены. Острота слуха: AS ШР – 1 м, РР – 5 м, AD ШР – 6 м, РР – более 6 м. На тональной пороговой аудиометрии левого уха имеется костно-воздушный интервал 20 дБ на низких частотах, повышение порогов воздушной проводимости до 30 дБ на всех частотах. Тимпанометрия – тип С слева. Выполнен видеоэндоскопический осмотр полости носа и носоглотки. Носовое дыхание свободное, слизистая оболочка розовая. Трубный валик справа выраженный, глоточное отверстие слуховой трубы свободное, слева – трубный валик не определяется, глоточного отверстия слуховой трубы не обнаружено. Задний край сошника неровный, вогнутый, имеется участок асептического некроза (тонкая черная полоска). На компьютерной томографии височных костей сосцевидный отросток с двух сторон пневматического типа строения. Слева ячейки заполнены жидкостным содержимым, в антруме – жидкость. Перепончато-хрящевой отдел левой слуховой трубы не прослеживается. Была выполнена миринготомия слева. В барабанной полости жидкость. Барабанная полость заполнена тканью, похожей на рубцовую. Жидкость из барабанной полости была исследована на наличие микобактерий. Они не обнаружены.

Пациентке был поставлен диагноз: атрезия перепончато-хрящевой части левой слуховой трубы (последствие перенесенного туберкулеза левого среднего уха); левосторонний экссудативный отит.

Заключение. Данное наблюдение интересно бурным началом воспалительного процесса, что не характерно для туберкулезного поражения, и исходом заболевания – атрезией перепончато-хрящевой части слуховой трубы.

Оториноларингологам не следует забывать о возможном специфическом поражении среднего уха. При затянувшемся, не поддающемся стандартному лечению, гнойном процессе в среднем ухе обязательно выполнять бактериальный посев отделяемого, в том числе на микобактерии туберкулеза.

УДК 616.284-002.3-002.2-093

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ХАРАКТЕР ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Трубушкина Е. М., Кошель В. И.

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355000, г. Ставрополь, Россия

FEATURES OF BACTERIAL FLORA IN CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA AND ITS IMPACT ON THE NATURE OF THE INFECTIOUS PROCESS

Trubushkina E. M., Koshel V. I.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Одним из самых распространенных заболеваний в практике врача-оториноларинголога является хронический гнойный средний отит (ХСГО). Использование антимикробных препаратов широкого спектра действия в лечении ХСГО упростило его и сделало более эффективным. Однако статистические данные показывают, что это не привело к заметному снижению заболеваемости, что делает тему исследования актуальной. Изменения в видовом составе и чувствительности микробной флоры при хроническом отите не могли не сказаться на характере инфекционного процесса в среднем и внутреннем ухе.

Цель исследования. Изучение микробного пейзажа различных отделов среднего уха при ХСГО, определение чувствительности выделенной бактериальной флоры к различным препаратам влияния санирующей слухосохраняющей операции на видовой состав и чувствительность микробной флоры.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 53 человека с ХСГО в возрасте от 35 до 67 лет. Из них 19 мужчин и 34 женщины. Среди них 9 (18%) человек с мезотимпанитом, 13 (24%) пациентов с эпитимпанитом и 31 (58%) – с эпимезотимпанитом. У 38 больных было диагностировано обострение процесса. Схема обследования, помимо общеклинических исследований, включала отоневрологическое и аудиометрическое исследования. Исследования проводились на момент поступления больного и в динамике, через 1 месяц после проведенного лечения.

Кроме того, всем пациентам проводили микробиологическое исследование отделяемого из уха (при поступлении), из барабанной полости (во время санирующей слухосохраняющей операции), из послеоперационной полости (через 1 месяц после оперативного лечения). Материал доставлялся в микробиологическую лабораторию, где производилось выделение чистых культур аэробных и факультативно-аэробных микроорганизмов. Чувствительность к антибиотикам определялась дискодиффузным методом.

Результаты исследования. По результатам исследования в наружном слуховом проходе во всех случаях (100%) высеивались микробные ассоциации, представленные двумя или тремя различными микроорганизмами. Смешанная флора, полученная при заборе материала из наружного слухового прохода, наиболее часто – у 32 больных (60%) – была представлена ассоциациями золотистого и эпидермального стафилококка (*S. aureus*, *S. epidermidis*) с грамотрицательной флорой (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella oxytoca*). В 43 (81%) случаях в микробных ассоциациях присутствовали грибы (*Aspergillus spp., Candida spp.*). Они дополняли ассоциации золотистого стафилококка и грамотрицательной флоры или встречались в ассоциациях с каждым из этих возбудителей. В барабанной полости был высеян только один вид стафилококка – *S. aureus* – в 24 (54,5%) случаях и следующие штаммы грамотрицательной флоры: *P. aeruginosa* в 12 (27%) случаев, *K. oxytoca* в 5 (11%) случаях.

Через месяц после оперативного лечения 44 больным проводили контрольное микробиологическое исследование. В 55% случаев из послеоперационной полости высеивались грибы, у 30,5% больных роста микрофлоры отмечено не было, у 14,5% больных отмечался рост того же возбудителя, который высеивался интраоперационно из барабанной полости.

Результаты исследования. Данные проведенного исследования говорят о необходимости интерпретации результатов микробиологического исследования микрофлоры, выделенной только из наружного слухового прохода. Основным возбудителем, вызывающим и поддерживающим воспаление в среднем ухе, должен считаться микроорганизм, высевающийся из барабанной полости. По нашим данным, среди исследуемой ми-

крофлоры превалируют золотистый стафилококк и некоторые штаммы грамотрицательной флоры (*P. aeruginosa, K. oxytoca*). Поэтому следует назначать прицельную антибактериальную терапию при ХСГО. В нашем случае препаратами выбора являются защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения и фторхинолоны. По нашим данным, грибковая флора встречалась только в микробных ассоциациях и не была выделена в виде монофлоры, что позволило сделать вывод, что грибковая флора не вызывает самостоятельного инфекционного процесса, но поддерживает и усугубляет его течение. Это еще раз подтверждает необходимость микробиологического исследования отделяемого из уха при хроническом гнойном среднем отите.

УДК 616.28-008.14

О ПРИМЕНЕНИИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Абдулкеримов Х. Т., Карташова К. И., Абдулкеримов З. Х., Колесникова А. В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, Екатеринбург, Россия

APPLICATION OF DYNAMIC CORRECTION OF ACTIVITY OF THE SYMPATHETIC NERVOUS SYSTEM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SENSONEURAL HEARING LOSS

Abdulkerimov Kh. T., Kartashova K. I., Abdulkerimov Z. Kh., Kolesnikova A. V.

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Одной из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии и сурдологии в последнее время является неуклонный рост числа пациентов с сенсоневральной тугоухостью (СНТ). Для Российской Федерации эта проблема усугубляется еще и тем, что в силу определенных экономических и социально-политических изменений произошло существенное увеличение распространенности нарушений слуха, повлекшее за собой ухудшение качества жизни, инвалидизацию и нарушение социальной адаптации больных данного профиля.

Все больше внимания уделяется патогенетическим методам терапии сенсоневральной тугоухости с помощью вегетативной регуляции центральных и периферических механизмов нервной системы.

Необходимо отметить, что вегетативная нервная система (ВНС) контролирует общий сосудистый тонус всего организма в целом и внутреннего уха в частности, а нарушения капиллярного тонуса, гемодинамики и микрогемоциркуляции органа Корти играют основную роль в патогенезе развития сенсоневральной тугоухости.

Цель исследования. Изучение возможностей применения нового электрофизического способа лечения СНТ путем динамической коррекции активности симпатической нервной системы (ДКАСНС).

Пациенты и методы исследования. При проведении терапии применялся новый электрофизический способ лечения сенсоневральной тугоухости, предложенный нами для восстановления слуховой функции путем воздействия фокусированного вращающегося пространственно-распределенного поля низкочастотных импульсов тока в проекции шейных ганглиев симпатической нервной системы и сопровождающийся электростимуляцией слухового нерва в проекции сосцевидных отростков [патент на изобретение РФ № 2386457 (RU) МКИ8А61N1/36].

ДКАСНС осуществлялась с помощью аппарата «Симпатокор-01» (рег. уд. № 29/03051097/1267–00 от 30.11.2000 г.; ФСР № 2007/00757 от 28.09.2007 г.), который позволяет активизировать отдельные механизмы регуляции, участвующие в организации кровоснабжения органов и тканей, в том числе и внутреннего уха. В качестве управляемого механизма при обеспечении ДКАСНС выбран нейрогенный механизм, функции которого выполняет симпатический отдел ВНС, мишенью воздействия является звездчатый ганглий симпатической нервной системы, а также сосцевидные отростки.

Нами проведено электрофизическое лечение (монотерапия) аппаратом «Симпатокор-01» 62 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет, которым проводилась ДКАСНС с электростимуляцией слухового нерва. Все пациенты страдали хронической формой сенсоневральной тугоухости различной степени. По данным комплексного аудиометрического исследования: СНТ II степени выявлена у 35 человек, II–III степени – у 23 лиц, III–IV степени – у 4 больных, данное заболевание нарушало качество жизни пациентов и снижало их трудоспособность.

После проведенной терапии у 53 пациентов (85,4%) наблюдались улучшение общего самочувствия, повышение эмоционального тонуса, нормализация ритма сна и бодрствования, по данным аудиометрии улучшились параметры слуховой функции. До начала лечения уровень снижения слуха составлял 43,13±1,64*, после лечения показатель составил 36,38±1,3** (достоверные различия с параметрами до лечения: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

По данным кардиоинтервалографии нормализация вегетативного баланса по LF/HF наблюдалась у 52 лиц (83,8%). У большинства обследованных нами пациентов происходило значительное уменьшение LF/HF и общей спектральной мощности, а следовательно, наблюдалась и нормализация вегетативного тонуса (состояние эйтонии).

Выводы. Новая методика аппаратной динамической коррекции активности симпатической нервной системы (ДКАСНС) является неинвазивным методом воздействия, обеспечивающим эффективное восстановление функции вегетативной нервной системы и нейросенсорных структур слухового анализатора. Важно также отметить наличие минимального количества противопоказаний для использования данного метода и отсутствие инвазивности при его использовании.

УДК 616.28-009-072.7:616.833.181

ДИАГНОСТИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ СЛУХОВЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ РУССКОГО МАТРИКСНОГО ФРАЗОВОГО ТЕСТА

Бобошко М. Ю.[1,2], Жилинская Е. В.[1], Мальцева Н. В.[1], Гарбарук Е. С.[1], Важыбок А.[3], Кольмейер Б.[3]

[1] ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

[3] Университет Карла фон Оссиецки и отдел передовых технологий в аудиологии, 26129, Ольденбург, Германия

CENTRAL AUDITORY PROCESSING DISORDERS DIAGNOSTICS USING THE RUSSIAN MATRIX SENTENCE TEST

Boboshko M. Yu.[1,2], Zhilinskaya E. V.[1], Mal'tseva N. V.[1], Garbaruk E. S.[1], Vazhybok A.[3], Kol'meier B.[3]

[1] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[3] Carl von Ossietzky University Oldenburg and Cluster of Excellence Hearing, Oldenburg, Germany

Центральные слуховые расстройства (ЦСР) могут быть обусловлены патологией различных структур слухового анализатора, локализованных в головном мозге, начиная от улитковых ядер и заканчивая слуховой корой головного мозга. Даже при сохранной функции периферического слухового анализатора ЦСР проявляются низкой речевой разборчивостью, особенно в шумных условиях, трудностями при локализации звукового стимула, восприятии искаженного акустического сигнала и другими симптомами. Диагностика ЦСР достаточно сложна и требует использования различных аудиологических тестов. На сегодняшний день не существует единого диагностического стандарта выявления ЦСР.

Цель исследования. Оценить возможности применения русского матриксного фразового теста (RUMatrix) при диагностике ЦСР.

Пациенты и методы исследования. Обследовали 40 человек с нормальными порогами слуха (20 молодых, средний возраст 29,3±5,7 года, и 20 пожилых, средний возраст 66,9±4,2 года) и 54 пациента с двусторонней симметричной хронической сенсоневральной тугоухостью (ХСНТ) 2–3-й степени (14 молодых, средний возраст 32,6±6,4 года, и 40 пожилых, средний возраст 66,8±3,9 года). Наряду с тональной пороговой аудиометрией выполняли неречевые тесты по оценке центральных отделов слухового анализатора: определение дифференциальных порогов по частоте, состояния временной обработки звуковых сигналов (тесты обнаружения паузы и восприятия ритмических последовательностей стимулов) и бинаурального освобождения от маскировки. Речевое тестирование включало тест бинаурального взаимодействия в формате чередующейся бинаурально речи (ЧБР), дихотический числовой тест и тест RUMatrix в тишине и в шуме.

Результаты. При оценке временной и частотной разрешающей способности выявлена достоверная разница между показателями молодых лиц с нормой слуха и пожилых как с нормой, так и с ХСНТ ($p < 0,05$), достоверной разницы между результатами пациентов одного возраста с разными порогами слуха не обнаружено. Также результаты этих тестов не коррелируют с тональными порогами слуха, из чего можно сделать вывод о том, что временная и частотная обработка в большей степени определяются состоянием не периферической, а центральной слуховой системы. Тест бинаурального освобождения от маскировки не показал высокой чувствительности: его результаты были снижены лишь у группы пожилых пациентов с ХСНТ. Большинство пожилых пациентов с ХСНТ продемонстрировали нарушение процессов бинаурального взаимодействия (ухудшение результатов теста ЧБР), а среди молодых пациентов с ХСНТ данный дефицит был выявлен только у половины испытуемых.

Тест RUMatrix в тишине показал высокую корреляцию разборчивости речи с тональными порогами слуха ($R^2 = 0,89$). По данным теста RUMatrix в шуме выявлены достоверные различия результатов между всеми четырьмя группами испытуемых [$F(3,93) = 53,84$; $p < 0,001$]; у молодых пациентов с тугоухостью выявлена достаточно хорошая корреляции порогов разборчивости речи в шуме с тональными порогами слуха ($R^2 = 0,54$). Среди пожилых лиц с ХСНТ эта корреляция не определялась ($R^2 = 0,33$), что указывает на наличие в данной группе, наряду с периферическими (кохлеарными) нарушениями слуха, дополнительных факторов, ухудшающих речевую разборчивость, в частности ЦСР.

Заключение. У пожилых пациентов отмечаются пониженная разборчивость речи на фоне шума, трудности при бинауральном слушании, снижение временной разрешающей способности, что свидетельствует о наличии ЦСР. RUMatrix-тест является высокочувствительным инструментом определения центральных слуховых расстройств.

УДК 577.125.8:616.28-009-057:654.071.15:613.644

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ОДНОСТОРОННЕГО ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ШУМА (ТЕЛЕФОНИСТЫ)

Бойко С. Г.

ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина», 167001, г. Сыктывкар, Республика Коми, Россия

FEATURES OF THE LIPID PROFILE AND THE STATE OF THE AUDITORY FUNCTIONS OF PERSONS WORKING IN A ONE-SIDED PRODUCTION NOISE (TELEPHONISTS)

Boiko S. G.

Syktyvkar State University named after Pitirim Sorokin, Syktyvkar, Republic of Komi, Russia

В современных условиях имеется большое количество факторов, оказывающих негативное воздействие на организм человека, в том числе и на рабочем месте. К таким факторам можно отнести воздействие шума высокой интенсивности. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) профессионального генеза в России является распространенной патологией (54,8%) среди всех профессиональных заболеваний ЛОРорганов. Характерной особенностью при развитии профессиональной тугоухости является то, что субъективное ощущение работником снижения слуха развивается медленно и отсутствует на начальной стадии заболевания, когда повреждение слуховоспринимающего аппарата минимально.

В работе проведено обследование женщин-телефонисток, имеющих по роду своей профессиональной деятельности постоянный контакт с шумом (гарнитура) на одно ухо ($n = 18$). Возраст обследованных работниц варьировал от 25 до 45 лет, в качестве контрольной группы обследованы студенты медицинского вуза (средний возраст 22 года). Обследование проводилось на базе лечебного учреждения и включало анкетирование, осмотр ЛОРорганов, исследование состояния слуховой функции методами тональной пороговой аудиометрии в широком диапазоне и акустической импедансометрии, в венозной крови натощак определялся пакет биохимических показателей.

Исследование показало, что слуховая функция у телефонисток характеризовалась снижением чувствительности в области высокочастотного спектра и в большей мере в зоне расширенного диапазона частот. В частности, в высокочастотной зоне (до 8000 Гц) пороги по сравнению с первой группой были повышены до 5–10 дБ ($p > 0,05$). В расширенном диапазоне частот пороги слуховой чувствительности у телефонисток повышались до 15 дБ на 11 200 Гц ($p < 0,05$). В более высоком диапазоне частот – 12 500 Гц – выявлялись более существенные повышения порогов слуховой чувствительности ($p < 0,01$). Данные тимпанометрического исследования свидетельствуют о нормальном функционировании среднего уха – у всех обследуемых регистрировалась тимпанограмма типа А.

Исследование биохимических показателей выявило, что работа в условиях сильного одностороннего шума сопровождается неблагоприятными трансформациями липидного профиля работников, что реализуется повышением показателя коэффициента атерогенности на фоне снижения уровня сывороточного регуляторного белка апопротеида Е (апоЕ), а также снижением функцио-нальных резервов антиоксидантной системы организма, что проявляется понижением активности фермента супероксиддисмутазы, нарастании дефицита витамина Е (α-токоферола), а также изменением содержания в крови стабильных метаболитов оксида азота – повышением уровня NO_2 и снижением содержания NO_3.

Считается, что гиперлипидемия коррелирует с нарушением слуховой функции при СНТ, описаны в экспериментальных исследованиях морфологические и функциональные повреждения улитки и их корреляционные связи с гиперлипидемией, атеросклерозом и эндотелиальной дисфункцией. Вместе с тем актуальным остается поиск новых современных клинико-диагностических маркеров, позволяющих оценивать и прогнозировать развитие дислипидемии и течение СНТ у пациентов. К числу перспективных биохимических маркеров относится апоЕ, который является структурным компонентом сывороточных липопротеидов (Титов, 2005). Этот белок участвует в переносе жирных кислот в клетки тканей и транспорте холестерина в печень, основным местом его синтеза являются клетки паренхимы печени. Полученные нами данные свидетельствуют об использовании показателя апоЕ в качестве перспективного маркера для прогноза развития сенсоневральной тугоухости у работников шумных производств.

УДК 616.28-0088.1-073.7

ОТОАКУСТИЧЕСКАЯ ЭМИССИЯ НА ЧАСТОТЕ ПРОДУКТА ИСКАЖЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СЛУХА

Владимирова Т. Ю.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

OTOACOUSTIC EMISSION AT THE FREQUENCY OF DISTORTION PRODUCT IN THE DIAGNOSIS OF HEARING IMPAIRMENT

Vladimirova T. Yu.

Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russia

Методика отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения (ОАЭПИ) является одним из объективных методов исследования особенностей функционирования слухового рецептора, а получаемый нелинейный ответ как результат искажения складывается из суммации механоакустических преобразований в структурах среднего и внутреннего уха, включая гидродинамические изменения в последнем и активный ответ слуховых рецепторов.

Таким образом, нарушение звукопроведения в среднем и (или) внутреннем ухе либо нарушение звуковосприятия при патологических процессах отражаются в частотно-специфичном снижении амплитуды ответа, полученного при регистрации ОАЭПИ.

Пациенты и методы исследования. Для сравнительного анализа параметров регистрации ОАЭПИ были обследованы 164 пациента с хроническим катаром среднего уха без экссудата (I группа), с экссудативным средним отитом (II группа) и хронической сенсоневральной тугоухостью (III группа). Средний возраст обследованных составил 38,7±0,4 года. Контрольная группа включала 38 здоровых лиц (IV группа) без нарушений слуховой функции.

Всем обследованным выполнялась тимпанометрия при помощи клинического импедансометра AT 235 (Interacustics, Дания) и проводилась регистрация ОАЭПИ (Eclips EP25) с анализом частотных компонентов: 812, 1000, 1281, 1593, 2031, 2652,3187 и 4031 Гц.

Результаты исследования. В контрольной группе у всех обследованных получены тимпанограмма типа А и высокие показатели амплитуды продукта искажения на всем частотном диапазоне используемой конфигурации, средние значения амплитуды DP-стимула находились в ряду от 7,3 до 22,0 дБ.

У пациентов I группы (50 человек) длительность заболевания варьировала от 1 месяца до 1,5 лет, во всех случаях была получены тимпанограмма типа В по классификации J. Jenger, низкие значения податливости. При регистрации ОАЭПИ выявлено снижение амплитуды DP-стимула от –0,5 до –24,5 дБ, включая случаи неприятия сигнала с увеличением частоты стимуляции.

У пациентов II группы (35 человек) с длительностью патологического процесса от 1 до 6 месяцев получена тимпанограмма типа С и зарегистрировано снижение амплитуды DP-стимула от –5,3 до –7,8 дБ в зоне низких и речевых частот: 812, 1000, 1281 и 1593 Гц. У 79 пациентов III группы была получена тимпанограмма типа А, в то время как на графике DP-грамм во всем частотном диапазоне определялось снижение амплитуды продукта искажения, соответствующее зоне повреждения рецепторных элементов. При анализе результатов средние значения амплитуды варьировали от 5,6 до –17,4 дБ.

Учитывая разнородность группы в плане длительности слуховых нарушений (6 месяцев – 5 лет), проведен корреляционный анализ. Выявлена зависимость изменений DP-стимула в соответствующем сегменте слухового рельефа (зона речевых или преимущественного высоких частот) с длительностью заболевания ($r = 0,53$).

Выводы. Результаты исследования обосновывают целесообразность использования ОАЭПИ в алгоритме дифференциации нарушений звукопроведения и звуковосприятия при патологических состояниях, в том числе сопровождающихся изменением внутрилабиринтного давления.

УДК 616.28-009-057:614.1:314.1

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Владимирова Т. Ю., Попов М. Н., Куренков А. В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH OCCUPATIONAL SENSORINEURAL HEARING LOSS

Vladimirova T. Yu., Popov M. N., Kurenkov A. V.

Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russia

Профессиональная нейросенсорная тугоухость является одной из главных проблем медицины труда и остается актуальной до настоящего времени. В ее развитии особое место занимают физические факторы производственной среды, которые при превышении уровней их интенсивности могут наносить вред здоровью и работоспособности человека. Одним из основных факторов является производственный шум, который может оказывать неблагоприятное действие либо изолированно, либо в комплексе с другими факторами, к числу которых относятся вибрация, ускорение, нервно-эмоциональное напряжение, и приводить к понижению слуха. Нужно иметь в виду, что интеллектуализация труда, рост удельного веса операторских профессий приводят к тому, что уровень производственных шумов все реже превышает утвержденный гигиенический норматив в Российской Федерации. Однако эти шумы в сумме с эффектами напряженного труда и при возрастании стажа работы в профессии могут приводят к развитию экстраауральных эффектов, проявляющихся в общесоматических нарушениях и заболеваниях. Таким образом, был обоснован биологический эквивалент действия на организм шума и нервно-напряженного труда, равный 10 дБА шума на одну категорию напряженности трудового процесса.

Анализ состояния профессиональной заболеваемости в Самарской области за период 2011–2015 гг. показал, что нейросенсорная тугоухость в регионе стабильно занимает первое место в общей структуре профессиональной патологии и составляет в среднем 40,82%, а среди впервые зарегистрированных случаев – 32,12%. Проведен анализ распространенности нейросенсорной тугоухости по профессиональным группам. За последние 5 лет диагноз нейросенсорной тугоухости устанавливался у лиц 45 различных профессий. Профессиональная нейросенсорная тугоухость наиболее часто регистрировалась в профессиях, связанных с вождением различных транспортных средств, – в среднем 45% (машинист спецавтотехники, водитель автомобиля, пилот воздушного судна), среди которых только машинист спецавтотехники сталкивается в производственной среде с максимальным уровнем шума, превышающим ПДУ на 22–25 дБА, в то время как минимальное превышение предельно-допустимого уровня шума наблюдается все чаще и составляет в среднем 3–5 дБА. Имеются данные об установлении профессионального заболевания органа слуха у медицинских работников, среди профессий – врач-стоматолог (в 2011 г. – 3 случая; в 2013 г. – 2 случая; в 2014 г. – 3 случая), фельдшер выездной бригады скорой медицинской помощи (в 2011 г. – 1 случай; в 2013 г. – 2 случая; в 2014 г. – 1 случай). Сроки возникновения заболевания зависят не только от интенсивности производственного шума, длительности его воздействия, использования средств индивидуальный защиты органа слуха, но и от наличия других вредных производственных факторов, которые усугубляют действие шума (вибрация, психоэмоциональное напряжение, тяжесть и напряженность трудового процесса). В структуре профессиональной нейросенсорной тугоухости преобладают II (40,22%) и III (26,48%) степени выраженности нарушений слуха. При расчете среднего возраста больных с впервые диагностированной нейросенсорной тугоухостью установлено, что более четверти впервые выявленных заболеваний органа слуха шумовой этиологии приходилось на пациентов в возрасте от 50 до 54 лет (27,6–29,7%). Наименьшее число работников с установленным диагнозом профессиональная тугоухость было в возрасте до 45 лет (14,3–6,3%).

Заключение. Таким образом, изучение особенностей развития профессиональной нейросенсорной тугоухости, обусловленных характером производства, действующими факторами риска, коморбидным фоном и гендерными характеристиками работников, представляет интерес в плане формирования реабилитационных и профилактических мероприятий.

УДК 616.721.4-018.3-06:616.28-008.1

ШЕЙНЫЙ МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

Владимирова Т. Ю.[1], Храппо Н. С.[1], Барышевская Л. А.[1], Струнина Е. Ю.[1], Осипов Л. Б.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

[2] Санаторий «Самарский», 443099, г. Самара, Россия

CERVICAL MYOFASCIAL SYNDROME AS A CAUSE COHLEOVESTIBULAR DISORDERS

Vladimirova T. Yu.[1], Khrappo N. S.[1], Baryshevskaya L. A.[1], Strunina E. Yu.[1], Osipov L. B.[2]

[1] Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russia

[2] Sanatorium «Samarskiy», Samara, Russia

Полиэтиологичность и многообразие патогенетических механизмов кохлеовестибулярной дисфункции, междисциплинарная ориентация современной оториноларингологии определяют необходимость динамичного расширения алгоритма дифференциально-диагностического поиска при развитии слуховых и вестибулярных нарушений.

Достаточно частыми проявлениями шейного миофасциального синдрома (МФС), помимо хронической боли в области соответствующих мышц шеи, могут быть неустойчивость, головокружение, снижение слуха и шум в ушах, зрительные расстройства. Дисциркуляторные изменения в области позвоночной, задней нижней мозжечковой артерии и рефлекторные тонические изменения в мышцах шеи при нарушении мышечно-суставного аппарата рассматриваются в качестве основных патогенетических пусковых механизмов МФС. При этом происходит искажение проприоцептивной информации, исходящей от гипертоничной мышцы, снижается порог возбудимости афферентного звена на фоне остаточного напряжения мышц шеи, вторично возникают нарушения микроциркуляции и кальциевого обмена.

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, при которых могут возникать кохлеовестибулярные расстройства: гипертоническая болезнь, остеохондроз шейного отдела позвоночника с синдромом вертебрально-базилярной недостаточности, церебральный атеросклероз, нейроциркуляторная дистония, некоторые инфекционные болезни и хронические воспалительные заболевания, служащие очагами инфекции и патологической импульсации (тонзиллиты, параназальные синуситы, холециститы, нефриты), поражение эндокринной системы, интоксикации (эндо- и экзогенные), заболевания системы крови. В то же время необходимо помнить о вероятности развития МФС у спортсменов-тяжелоатлетов при превышении допустимого значения объема физической нагрузки или при изменении времени занятий.

Лечебные мероприятия при МФС в первую очередь направлены на коррекцию болевого поведения и патологического двигательного стереотипа пациента. При наличии кохлеовестибулярных проявлений целесообразно назначать сосудистые препараты, средства, улучшающие микроциркуляцию, вегетотропные медикаментозные препараты и спазмолитики.

Индивидуализация лечебных программ предполагает изучение особенностей и характеристик болевого синдрома, а также эмоционального статуса пациента.

УДК 616.28-008.55-07:616.833.185

ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПАРОКСИЗМИЯ

Воронов В. А., Демиденко Д. Ю., Левин С. В., Барсуков А. Ф., Артюшкин С. А.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

VESTIBULAR PAROXYSMIA

Voronov V. A., Demidenko D. Yu., Levin S. V., Barsukov A. F., Artyushkin S. A.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Несмотря на колоссальное развитие современной медицины и большие диагностические возможности, диагноз вестибулярной пароксизмии остается сложным для практикующих оториноларингологов.

Основной причиной возникновения вестибулярной пароксизмии считается компрессия ствола восьмой пары черепных нервов сосудом, чаще всего задней нижней мозжечковой артерией. Патофизиологическая теория возникновения данного процесса заключается в постоянном раздражении корешка кохлеовестибулярного нерва пульсирующим сосудом в зоне выхода корешка нерва из ствола головного мозга, где однослойный миелин переходит в многослойный (зона Оберштейна–Рейдса). Постоянное раздражение приводит к демиелинизации корешка нерва и реорганизации ядра кохлеовестибулярного нерва и его гиперфункции.

Впервые случай сосудистой компрессии корешка VIII пары черепных нервов, проявляющийся головокружением, тугоухостью и шумом в ушах, был описан P. Janetta и Moller в 1984 г.

Пациенты и методы исследования. На базе кафедры оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова за последний год прошли обследование и лечение 14 человек с диагнозом вестибулярной пароксизмии: 6 мужчин и 8 женщин в возрасте от 29 до 66 лет. Диагноз ставился на основании данных нейровизуализации (МРТ) и клинико-неврологического статуса.

Периферический вестибулокохлеарный синдром, возникающий при вестибулярной пароксизмии, имеет характерные черты, отличающие его от других патологий вестибулярной системы. Приступ головокружения носит пароксизмальный, кратковременный характер – от нескольких секунд до минут, может сопровождаться снижением слуха и шумом в ухе.

Вызывает интерес сочетание вестибулярной пароксизмии с другими периферическими кохлеовестибулопатиями.

Шесть пациентов с выявленной компрессией преддверно-улиткового нерва находились на обследовании и лечении в клинике СЗГМУ им. И. И. Мечникова по поводу рецидивирующего доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. При выполнении МРТ (программа FIESTA) был визуализирован вазоневральный конфликт корешка преддверно-улиткового нерва и задней нижней мозжечковой артерии.

У 4 пациентов клиническая картина складывалась из кратковременных приступов «вращательного» головокружения, тугоухости и высокочастотного шума в ухе. Проводимая ранее терапия по поводу выставленного диагноза (болезнь Меньера?) была неэффективна, и пациенты обратились в СЗГМУ им. И. И. Мечникова. При выполнении МРТ (программа FIESTA) обнаружена васкулярная компрессия VIII пары черепных нервов.

Из 14 пациентов 4 проходили обследование и лечение в клинике оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова по поводу сенсоневральной тугоухости. Снижение слуха носило флюктуирующий характер и сопровождалось шумом в ухе. Дополнительное обследование пациентов, включавшее методы нейровизуализации, позволило выставить диагноз вестибулярная пароксизмия и назначить лечение.

Лечение пациентов с компрессией преддверно-улиткового нерва успешно проводилось с помощью консервативной терапии противоэпилептическими препаратами (карбамазепин).

В свою очередь, при недостаточной эффективности консервативной терапии возможно выполнение хирургической декомпрессии, основной целью которой является механическое разъединение корешка пораженного нерва и компримирующего сосуда с имплантацией между ними демпфрирующей прокладки из искусственного импланта.

УДК 616.859.1:616.28-008.5-073.176+615.84:616.833-009.614

ПРОФИЛАКТИКА УКАЧИВАНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ ТРЕНИРОВОЧНЫХ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ С ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ

Голованов А. Е., Морозова М. В., Кобзаренко Н. А.

ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 190044, Санкт-Петербург, Россия

THE COMBINATION OF TRAINING STABILOMETRIC METHODS AND TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION IN PREVENTION OF MOTION SICKNESS

Golovanov A. E., Morozova M. V., Kobzarenko N. A.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Укачивание – это состояние здорового организма, когда под воздействием определенных внешних условий возникает вестибуловегетативная реакция, резко снижающая работоспособность человека. Особенно опасно это состояние при выполнении человеком своих профессиональных обязанностей, связанных с повышенным вниманием, выполнением точных манипуляций и т. п. Особую проблему состояние укачивания приобретает при необходимости привлечения к выполнению специфических заданий специалиста, по роду основной профессии не прошедшего отбор с учетом чувствительности к укачиванию.

В связи с этим способы профилактики укачивания (а в определенных ситуациях экстренной профилактики) приобретают особую актуальность.

Нами предпринята попытка разработки способа профилактики укачивания комбинацией вестибулярной тренировки на стабилометрической платформе с биологической обратной связью и транскраниальной электростимуляцией как метода, повышающего общую адаптивную способность организма человека

На первом этапе были проведены обследование испытуемых на стабилометрической платформе «Стабилан-01-2» и комплексное вестибулометрическое исследование, включающее видеонистагмографию при вращении в плоскости каждого из полукружных каналов, определение субъективной вертикали и регистрация шейных вестибулярных вызванных миогенных потенциалов.

По разработанной нами методике результаты стабилометрического исследования и данные вестибулометрии были проанализированы и из группы испытуемых были выделены лица с пониженной вестибуловегетативной устойчивостью. Полученная группа подвержена тренировке на стабилометрической платформе по программе «Rectis с оптической стимуляцией», относящейся к типу развивающих тренажеров. Одновременно с тренировкой проводилась транскраниальная электростимуляция с применением аппарата «Доктор ТЭС-03». Данный аппарат выбран из-за портативности и возможности питания от автономного источника питания, что не препятствует стоянию на стабилометрической платформе и позволяет использовать его в различных вариациях тренировок.

Тренировки проводили в течение 7 дней. Перед и после тренировки проводился тест Ромберга на стабилометрической платформе.

Получены результаты, свидетельствующие об эффективности воздействия комбинации тренировки с биологической обратной связью на стабилометрической платформе и транскраниальной электростимуляции. Исследования в данном направлении помогут в разработке способов экстренной профилактики укачивания.

УДК 616.281-008.55-079.4:616.833.185

К ОБСЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ВЕСТИБУЛОПАТИЯМИ

Егоров В. И.[1], Козаренко М. А.[2]

[1] ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

[2] ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

FOR EXAMINATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PERIPHERAL VESTIBULOPATHY

Egorov V. I.[1], Kozarenko M. A.[2]

[1] State budgetary healthcare Institution of Moscow area Moscow's Regional Research Clinical Institute named after M. Vladimirsky, Moscow, Russia

[2] Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia

Резкое понижение слуха одновременно с вестибулярными расстройствами (или без последних), односторонность поражения после травм головного мозга (соответственно и уха), физического или психоэмоционального перенапряжения, после барометрических перепадов давления, синусоидальные изменения остроты слуха, появление признаков скрытого (иногда – явного) фистульного симптома, в том числе при проведении тимпанометрического исследования – все это позволяет предположить у больного наличие перилимфатической фистулы лабиринта (ПФЛ) и является показанием для выполнения эксплоративной тимпанотомии в целях определения состояния окон лабиринта. Вроде бы все просто и понятно.

Но почему мы вновь вспоминаем ПФЛ? Ответ на поверхности: время от момента заболевания до постановки диагноза достигает 40 лет, среднее – 3 года [Rizer F. M., House J. W., 1991; Fitzgerald D. C., Getson P., Brasseux C. O., 1997].

Практически признано, что специфических аудиологических или вестибулометрических признаков ПФЛ на настоящий момент нет. Точный диагноз можно поставить только исходя из совокупности анамнестических данных, характера поражения и особенностей слуховых и вестибулярных реакций при нагрузочных пробах. Необходимо шире применять ревизию барабанной полости? Об этом надо не забывать на острой стадии процесса. Но как правильно поступить при большой длительности заболевания, особенно когда она составляет не один год?

В последних отечественных работах сообщается, что в случаях ПФЛ асимметрия реакций за счет раздражения пораженного вестибулярного анализатора отмечается лишь в ранние сроки (до 2 недель), положительный фистульный симптом может выявляться лишь у половины больных с ПФЛ, и также в ранние сроки существования фистулы (до 1 месяца), а исследования, связанные с определением внутрилабиринтного давления, определяют гидропс лабиринта чуть больше, чем у половины больных (причем известно – только общий: и перилимфатический, и эндолимфатический) [Кунельская Н. Л., Федорова О. В., Загорская Е. Е., Байбакова Е. В., 2016].

Памятуя, что парадоксы не появляются на пустом месте и уже поэтому требуют тщательного рассмотрения, мы не должны впадать в крайность – повсюду искать парадоксы, даже там, где их нет, или провозглашать их неразрешимость. Помним: любая сложная проблема обязательно имеет простое решение. В этой связи мы продолжаем расширять аудиологическое тестирование при подозрении на ПФЛ с задачей определения наиболее информативной аудиометрической пробы (проб) и большее внимание стали уделять оценке венозного оттока из полости черепа.

При обследовании обсуждаемой категории больных (у 28 из 42 человек) использовали общеизвестные дегидратационные пробы (применялся лазикс или ксилит). В 10% случаев, по нашим данным, пороги слышимости по воздушной проводимости достоверно повышались. Это согласовывается с усугублением эффекта от потери жидкости лабиринтом, и имеется корреляция с некоторыми зарубежными работами [Portier F. et al., 2002; Lim H. W. et al., 2014]. Но лазикс при неопределенном сосудистом тонусе улучшает и венозный отток из полости черепа на 12–19% [Бердичевский М. Я., 1989]. Оценка последнего,

по нашему мнению, весьма желательна, особенно при «проблемных» клинических случаях, так как повышение внутрисинусного давления может привести к замедлению резорбции ликвора и повышению внутричерепного давления без вентрикуломегалии [Karahalios D. G., Rekate H. L., Khayata M. H., Apostolides P. J., 1996], что, в итоге, может привести к развитию перилимфатической гипертензии (с последующей «порочной цепочкой»). У наших больных, по данным реоэнцефалографии, признаки затруднения венозного оттока были выявлены в 82% случаев, это явилось основанием для применения в лечении венотоников.

Делаем вывод о целесообразности применения дегидратационных тестов и обязательном выполнении реоэнцефалографии для оценки сосудистого тонуса и венозного оттока из полости черепа в случаях хронических кохлеовестибулярных синдромов, особенно с проблемной этиологией.

УДК 611-018.54:546.41:616.28-009

СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ И ЕГО РЕГУЛЯТОРОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Золотова Т. В., Дубинская Н. В., Давыдова А. П.

ГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344000, г. Ростов-на-Дону, Россия

THE CONTENT OF CALCIUM AND ITS REGULATORS IN THE SERUM OF PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

Zolotova T. V., Dubinskya N. V., Davydova A. P.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education 'The Rostov State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia

Выявление нарушений электролитного баланса в развитии различных патологических состояний в организме человека определило интерес к изучению содержания кальция и его регуляторов в сыворотке крови у больных с сенсоневральной тугоухостью (СНТ). Важность исследования кальция в клинике определяется его участием во многих физиологических процессах, в том числе таких, как поддержание проницаемости цитоплазматических мембран, регуляции синаптической передачи, а также апоптоза клеток. Нарушение кальциевого метаболизма может рассматриваться как одно из возможных звеньев патогенеза СНТ (Золотова Т. В., 2013; Фроленков Г. И. и соавт., 2001; Li X., 2003; Beurg M. et al., 2005; Adachi M., 2006).

Цель исследования. Определение уровней кальция и его регуляторов в сыворотке крови больных с сенсоневральной тугоухостью.

Пациенты и методы исследования. Определяли содержание в сыворотке крови больных с СНТ общего кальция (Ca_o), фосфора (Р) и кальция ионизированного ($Ca_и$) биохимическими методами, регуляторы кальция – остеокальцин (ОК), кальцитонин (КТ), костную щелочную фосфатазу (КЩФ) сыворотки крови – путем иммуноанализа. Проведено обследование 175 больных с СНТ различной этиологии и 42 человек контрольной группы.

Результаты исследования. Средние значения показателей кальциево-фосфорного обмена крови у больных с СНТ находились в пределах нормального диапазона: Ca_o – 2,21±0,04 ммоль/л (группа контроля – 2,43±0,18 ммоль/л, p = 0,12), $Ca_и$ – 1,13±0,03 ммоль/л (контроль – 1,16±0,09 ммоль/л, p = 0,89), Р – 1,13±0,04 ммоль/л (контроль – 1,05±0,07, p = 0,74), соотношение Ca_o/Р – 1,97±0,05 (контроль – 2,27±0,06, p = 0,15). Медиана содержания Ca_o крови составила 2,3 ммоль/л, но изучаемый параметр колебался от 1,1 до 2,9 ммоль/л. При этом индивидуальный анализ показал, что число больных с СНТ с пониженным содержанием Сао в крови составило 92 (52,6%), с нормальным – 47 (26,8%), с повышенным – 36 (20,6%). Медиана содержания $Ca_и$ в сыворотке крови больных составила 1,1 ммоль/л, размах колебаний – 0,8–2,5 ммоль/л. Число больных с пониженным содержанием $Ca_и$ сыворотки было 41 (23,4%),

с нормальным – 72 (41,1%), с повышенным уровнем – 62 (35,5%). Содержания Р в крови больных СНТ колебалось в диапазоне 0,79–1,5 ммоль/л. Медиана ряда составила 1,2 ммоль/л, межквартильный диапазон 1,02–1,3 ммоль/л. Практически у всех больных с СНТ уровень Р крови не выходил за пределы нормального диапазона (99%). Сравнительный анализ уровня КТ у пациентов клинической и контрольной групп статистически значимых ($p > 0,05$) различий не выявил. Между тем концентрация ОК у больных СНТ была на 69% ниже ($p = 0,0003$), чем в контроле. Уровень КЩФ (40,6±3,12 мкг/л) у пациентов с СНТ был выше контрольного уровня (28,7±2,94 мкг/л) на 41,5% ($p = 0,02$).

Заключение. Показатели кальциевого обмена крови у больных СНТ могут изменяться как в сторону повышения, так и в сторону понижения, но в большей степени изменяют свою активность его регуляторы. Таким образом, патогенетическая роль нарушений кальциевого метаболизма в развитии СНТ возможна, что определяет необходимость его коррекции при лечении и профилактике тугоухости.

УДК 616.283.1-089.168.1-072.7

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ НАСТРОЙКИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Клячко Д. С., Пудов Н. В., Гауфман В. Е.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

OBJECTIVE FITTING METHODS FOR REHABILITION OF COCHLEAR IMPLANTATION USERS

Klyachko D. S., Pudov N. V., Gaufman V. E.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В настоящее время специалисты, занимающиеся реабилитацией пациентов после кохлеарной имплантации (КИ), нередко сталкиваются с проблемой настройки аудиопроцессора (АП) у маленьких детей и пациентов с сопутствующей неврологической патологией. Для таких пользователей кохлеарных имплантов на первое место выходят объективные методы настройки – регистрация электрически вызванных суммарных потенциалов действия (ЭВСПД), электрически вызванных стапедиальных рефлексов (ЭВСР), электрически вызванных коротколатентных слуховых потенциалов (ЭВКСП), электрически вызванных длиннолатентных (корковых) слуховых потенциалов (ЭВДСП).

Пациенты и методы исследования. В исследовании приняли участие 150 пациентов после КИ в возрасте от 7 до 71 года. Первоначально пациенты настраивались по субъективным ощущениям максимальной комфортной громкости (МКГ).

Корреляция между интраоперационными ЭВСР и уровнями МКГ составляет 0,54, корреляция между послеоперационными ЭВСР и уровнями МКГ составляет 0,87. Корреляция интраоперационных ЭВСР и уровней МКГ уменьшается в направлении к базальным электродам. В случае невозможности выполнения ЭВСР (хронический средний отит, аномалии развития) была использована методика интраоперационной регистрации ЭВСР с контрлатерального уха под визуальным контролем хирурга. Эта методика позволила значительно улучшить результаты у ряда пациентов. Если до применения этой методики пороги слуха в свободном звуковом поле составляли 45–50 дБ, то после применения полученных данных – 35–40 дБ.

Для определения порогов МКГ с помощью ЭВКСП мы использовали 3–5 надпороговых стимула на 2, 5 и 10-м электроде. Затем по закону линейной регрессии мы определили пороги ЭВКСП на каждом электроде. Подставив эти результаты в формулу, мы получили расчетные уровни МКГ. Корреляция между субъективными уровнями МКГ и расчетными уровнями МКГ составила 0,76.

Всем пациентам выполнена регистрация порога ЭВСПД в программе Maestro 6.0. Порог возникновения потенциала действия слухового нерва получен с помощью функции роста амплитуды и дальнейшей линейной аппроксимацией. Параметры стимуляции при проведении телеметрии нервного ответа: двухфазные импульсы с длительностью фазы 30 мкс и межфазовым интервалом 10 мс. Субъективное суждение об уровне максимально комфортной громкости было получено для каждого активного электрода с использованием метода категоризации громкости. Был проведен корреляционный анализ между полученным порогом потенциала действия слухового нерва и уровнем максимально комфортной громкости. Корреляция между уровнем ЭВСПД и МКГ составляет 0,52.

ЭВДСП как корковый ответ на интракохлеарную электрическую стимуляцию характеризуется пиками P1, N1 и P2. Для регистрации требуется состояние бодрствования испытуемого. Исследование возможно при подаче стимуляции посредством программатора систем кохлеарной имплантации аналогично ЭВКСП, так и в свободном поле. Для детей до 10 лет основным считается высокоамплитудный пик P1, латентность которого является показателем созревания слуховой коры. Использование латентности пика P1 ЭВДСП в сравнении с возрастными нормами показано для анализа эффективности кохлеарной имплантации и успешности послеоперационной реабилитации.

Заключение. В связи со значительным повышением точности объективных методов настройки результаты слухоречевой реабилитации у пациентов после кохлеарной имплантации значительно улучшаются.

Мы считаем, что в будущем нам лишь необходимо будет провести все исследования и ввести полученные результаты в программу, которая сама рассчитает оптимальные уровни максимально-комфортной громкости.

УДК 616.281-008.55-036.65-079.4

ПРОБЛЕМА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ОТОЛИТОЛИТИАЗА

Кравцова Е. Н.[1], Горностаева С. В.[1], Головчанская Е. В.[2]

[1] ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», 185910, г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия

[2] ГБУЗ «Республиканская больница им. В. А. Баранова», 185014, г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия

THE PROBLEM OF OVERDIAGNOSIS OTOLITOLITIAZIS

Kravtsova E. N.[1], Gornostaeva S. V.[1], Golovchanskaya E. V.[2]

[1] Petrozavodsk State University, Petrozavodsk, Republic of Karelia, Russia

[2] Republican Hospital named after V. A. Baranov, Petrozavodsk, Republic of Karelia, Russia

Пациенты с рецидивирующими головокружениями представляют большую проблему для оториноларингологов и неврологов. Иногда дифференциальная диагностика периферических и центральных вестибулярных нарушений является довольно сложной задачей. В практике часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда у одного и того же пациента представлены явления и периферической, и центральной вестибулярной дисфункции. В последние годы как неврологи, так и оториноларингологи чаще стали ставить диагноз доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ). Это связано в том числе и с улучшением информированности врачей, что является положительным моментом. Вместе с тем мы отметили резкое увеличение случаев гипердиагностики ДППГ (отолитолитиаза). Субъективным клиническим признаком отолитолитиаза является возникновение приступов головокружений (иллюзия вращательного движения), связанных с поворотом (запрокидыванием) головы. При проведении отоневрологического обследования для диагностики купулолитиаза (каналолитиаза) врачами чаще всего выполняет-

ся стандартная проба Дикса–Холлпайка. В большинстве случаев диагностика основывается на появлении в определенной позе типичной симптоматики: жалобы пациента на резко возникшую дурноту, приступ головокружения, вегетативные реакции, которые типично продолжаются короткий промежуток времени и купируются самостоятельно. Одновременно через короткий латентный период регистрируется появление характерного периферического нистагма, который постепенно нарастает, затем угасает (крещендо, декрещендо). Как правило, диагностика отолитолитиаза задних каналов не представляет трудностей. Горизонтальные полукружные каналы поражаются реже. ДППГ горизонтальных полукружных каналов переносится пациентами гораздо тяжелее, и это связано с тем, что горизонтальные каналы являются «ведущими». Но не во всех ситуациях можно зафиксировать наличие нистагменной реакции. Это бывает обусловлено и особенностями визуального контроля, и развившимися в процессе обследования выраженными вестибулосенсорными и вестибуловегетативными проявлениями.

Пациенты и методы исследования. Мы наблюдали 47 пациентов, направленных на обследование с диагнозом доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) неврологами и оториноларингологами. Большинство пациентов составили женщины – 71%. Средний возраст обследованных составил 54 года. Все пациенты предъявляли жалобы на эпизоды кратковременных головокружений, длящихся короткий промежуток времени, провоцирующихся изменением положения головы и купирующихся самостоятельно, но при этом не сопровождающихся изменением функции слуха. Регистрация результатов исследования осуществлялась с помощью метода видеонистагмографии на аппарате Interacustic VNG. Только у 32 обследованных пациентов (65%) был подтвержден диагноз отолитолитиаза. Из них у 19 человек выявлено поражение правого заднего полукружного канала. У 4 пациентов при этом был отмечен апогеотропный нистагм, у остальных геотропный в разной степени выраженности. Отолитолитиаз горизонтальных полукружных каналов зарегистрирован у 6 обследованных. Всем пациентам с подтвержденным отолитолитиазом применены типичные реабилитационные приемы. У 7 человек во время обследования отмечены выраженные вегетативные реакции. Существенное субъективное улучшение самочувствия пациенты отметили только на следующий день. В 6 случаях потребовались повторные визиты и неоднократное выполнение лечебных маневров. В 17 случаях (35%) диагноз отолитолитиаз не был подтвержден. При этом проведение проб сопровождалось выраженными вестибулосенсорными и вестибуловегетативными реакциями.

Но характерный позиционный нистагм у этих пациентов не был зарегистрирован. В ряде случаев в типичных позах отмечены саккоидные движения глаз, которые при визуальном контроле можно было расценить как позиционный нистагм. У 3 пациенток при выполнении ролл-теста возник геотропный нистагм, который не угасал при сохранении позы, что свидетельствовало о сосудистом генезе вестибулосоматической реакции.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при постановке диагноза отолитолитиаз нельзя ориентироваться только на вестибулосенсорные и вестибуловегетативные реакции, возникающие при проведении диагностических проб. Более того, появление такой симптоматики, не сопровождающейся вестибулосоматическими реакциями, свидетельствует о центральном характере вестибулярной дисфункции.

УДК 616.281-008.55-073.756.8

СПОСОБ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО ГИДРОПСА ЛАБИРИНТА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Крюков А. И.[1], Кунельская Н. Л.[1], Гаров Е. В.[1], Степанова Е. А.[2], Янюшкина Е. С.[1]

[1] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

[2] ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

METHOD OF NEUROVISUALIZATION OF ENDOLYMPHATIC HYDROPS IN MENIERE'S DISEASE

Kryukov A. I.[1], Kunelskaya N. L.[1], Garov E. V.[1], Stepanova E. A.[2], Yanyushkina E. S.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Патоморфологическим субстратом болезни Меньера (БМ) является эндолимфатический гидропс лабиринта (ЭГЛ). В целях верификации ЭГЛ чаще всего используют дегидратационный тест (глицериновый, предложенный I. Klochcoff, U. Lindblom, 1966, или ксилитовый, предложенный В. Т. Пальчуном, 1976) или экстратимпанальную электрокохлеографию (ЭкоГ), известную уже более 80 лет. Однако при вышеперечисленных методах исследования выявляется гидропс только переднего отдела лабиринта (кохлеарный гидропс). Кроме того, информативность данных методов снижается при длительном течении заболевания с учетом развития кохлеарной формы тугоухости. Метод нейровизуализации ЭГЛ при БМ, впервые предложенный T. Nakashima, S. Naganawa et al. в 2007 году, лишен этих недостатков. Однако он ограничен в широком применении в связи с необходимостью аппарата для МРТ с высокой силой магнитного поля (3 Тесла, как правило) и применения многоканальной катушки (12–32 канала).

Цель исследования. Изучение целесообразности интратимпанального введения контрастного вещества при БМ в целях нейровизуализации ЭГЛ согласно модифицированному протоколу исследования на аппарате силой магнитного поля 3 Тесла и со стандартной 8-канальной катушкой.

Пациенты и методы исследования. В соответствии с целью исследования нами за период с марта по декабрь 2016 г. проведено обследование 17 пациентов с клиническими признаками достоверной БМ (согласно международной классификации 2014 г.). Возраст больных составил от 41 года до 68 лет, длительность заболевания – от 4 до 15 лет. Основными критериями включения больных в исследование были:

– одностороннее поражение;

– по крайней мере 2 приступа головокружения в месяц в течение последних 3 месяцев;

– отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии;

– отсутствие противопоказаний для применения контрастного вещества и проведения МРТ головного мозга.

Всем больным мы провели комплексное оториноларингологическое, аудиологическое, отоневрологическое, вестибулометрическое, неврологическое обследования, ЭкоГ, а также компьютерную томографию височных костей.

Результаты исследования. На основании комплексного обследования у всех больных нами выявлены одностороннее снижение слуха по нейросенсорному типу (с учетом возрастных изменений порогов слуха), II или III степень тугоухости, периферический вестибулярный синдром (гипорефлексия одного лабиринта по данным битермальной битемпоральной калорической пробы – коэффициент асимметрии по лабиринту составил от 43 до 56%), признаки гидропса пораженного лабиринта по данным ЭкоГ. Других отклонений выявлено не было. В соответствии с целью исследования всем пациентам под местной анестезией инфильтрационно при помощи CO_2-лазерной системы Lumenis 30C мы произвели лазерную миринготомию в задненижнем квадранте барабанной перепонки (диаметр перфорации составлял 1,6 мм, мощность импульса – 10 Вт). Интратимпанально через сформированное перфорационное отверстие вводили 1,0 мл восьмикратно разведенное контрастное вещество для МРТ (омнискан 0,5 ммоль/л, активное вещество гадодиамид). В течение 45 мин после введения контрастного вещества пациенты сохраняли вы-

нужденное положение с поворотом головы на 45° в сторону здорового уха. Через 24 ч после интратимпанального введения контрастного вещества пациентам проводили МРТ головного мозга с прицельной оценкой структур внутреннего уха на аппарате Philips Achieva силой магнитного поля 3 Тесла с применением стандартной 8-канальной катушки. Данная методика позволила выявить признаки ЭГЛ (дефекты накопления контрастного вещества в структурах внутреннего уха) у всех больных.

Отдаленный период наблюдения за пациентами составил от 2 до 8 месяцев. Изменений со стороны барабанной перепонки, слизистой оболочки барабанной полости после интратимпанального введения контрастного вещества за весь период наблюдения выявлено не было. Перфорация барабанной перепонки закрывалась самостоятельно в течение первых 4 недель. Пороги слуха после закрытия перфорации барабанной перепонки соответствовали исходным. Побочных эффектов со стороны других органов и систем нами также выявлено не было.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы.

Интратимпанальное введение контрастного вещества для МРТ в восьмикратном разведении безопасно для структур среднего и внутреннего уха. Используемая сила магнитного поля и стандартная 8-канальная катушка позволяют проводить визуализацию эндолимфатического гидропса лабиринта.

УДК 616.283.1018.4-089.843

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОССИФИКАЦИЕЙ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА БАЗАЛЬНОГО ЗАВИТКА УЛИТКИ

Кузовков В. Е., Лиленко А. С., Сугарова С. Б., Костевич И. В., Нессипбаева А. А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

SURGICAL APPROACH TO COCHLEAR IMPLANTATION IN PATIENTS WITH OSSIFICATION OF BASAL TURN DESCENDING PART

Kuzovkov V. E., Lilenko A. S., Sugarova S. B., Kostevich I. V., Nessipbayeva A. A.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

На современном этапе развития кохлеарной имплантации одной из самых актуальных проблем остается оссификация лабиринта, являющаяся в большинстве случаев следствием перенесенного бактериального менингита и последующего гнойного лабиринтита или кохлеарной формы отосклероза. В подавляющем большинстве случаев встречается оссификация барабанной лестницы в области базального завитка. В специальной литературе встречаются описания различных методик, разработанных для облегчения полного введения электрода в оссифицированную улитку. Однако немногие из них позволили добиться поставленной задачи. Кроме того, к их недостаткам можно отнести возможность повреждения сонной артерии и травматизацию структур внутреннего уха.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического этапа КИ и последующей слухоречевой реабилитации путем разработки новой хирургической методики проведения КИ у пациентов с оссификацией нисходящей части базального завитка улитки.

Материалы и методы исследования. На 15 препаратах кадаверных височных костей была изучена синтопия завитков улитки, произведены измерения, позволившие определить расстояние от мембраны окна улитки до места поворота ее базального завитка, соответствующее наиболее часто встречающейся протяженности оссификации, получены собственные данные об изменении диаметра просвета барабанной лестницы на всем ее протяжении. Произведена оценка топографо-анатомического соотношения между базальным

завитком улитки, внутренней сонной артерией и внутренним слуховым проходом. На кадаверных препаратах височных костей смоделирован ход хирургического вмешательства с помощью предлагаемой техники.

В клинический раздел работы вошли 25 пациентов с двусторонней хронической сенсоневральной тугоухостью IV степени и оссификацией спирального канала улитки до перехода нисходящей части в восходящую, которым КИ была выполнена по описываемой методике. Всем пациентам на предоперационном этапе выполнялась КТ височных костей для оценки состояния спирального канала улитки и оценки протяженности оссификации.

Результаты исследования. По данным изучения препаратов височной кости протяженность участка оссификации, доступного для рассверливания, составляет 6,2 мм. При наличии оссификации базального завитка улитки наложение кохлеостомы не может являться методом выбора.

Техника предлагаемого способа заключается в следующем: выполняется антромастоидотомия, по возможности широкая задняя тимпанотомия, далее идентифицируется навес окна улитки, он снимается, удаляется место, где до начала процесса оссификации была расположена мембрана окна улитки. В случае малопротяженной оссификации (1–3 мм) происходит попадание в просвет спирального канала улитки. Если же участок оссификации распространяется на 4–6 мм, дальнейшее распиливание ведется по ходу базального завитка с ориентиром на его латеральную стенку и разницу в цвете между лабиринтной капсулой и участком оссификации, заполняющим просвет спирального канала. При адекватной ирригации данной области лабиринтная капсула будет иметь сероватый оттенок, в то время как патологическая кость участка оссификации – белесоватый. В процессе распиливания спирального канала белое круглое пятно, соответствующее окну улитки, постепенно меняет форму на овальную, так как траектория барабанной лестницы не есть перпендикуляр к плоскости мембраны окна улитки («симптом сердцевины тростника»). Таким образом, распиливание по ходу базального завитка вдоль его латеральной стенки позволяет минимизировать риск травматизации модиолуса.

При проведении всех 25 хирургических вмешательств атравматичный способ позволил добиться адекватного доступа к спиральному каналу улитки и обеспечить введение прямого, свободно располагающегося вдоль латеральной стенки тимпанальной лестницы, электрода.

Выводы. Использование описываемого способа минимизирует риск повреждения модиолуса, внутренней сонной артерии, исключает введение активного электрода в просвет внутреннего слухового прохода и обеспечивает введение активного электрода во всех случаях. При наличии оссификации нисходящей части базального завитка улитки оптимальным выглядит использование прямого электрода с достаточно жестким кончиком.

УДК 616.28-008.12-07

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА

Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Никиткина Я. Ю., Янюшкина Е. С., Негребова М. М.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения, 117152, Москва, Россия

DIAGNOSTIC FEATURES OF SUBJECTIVE EAR NOISE

Kunel'skaya N. L., Baibakova E. V., Nikitkina Ya. Yu., Yanyushkina E. S., Negrebova M. M.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, Moscow, Russia

Субъективный ушной шум (СУШ) – один из самых распространенных синдромов, встречающихся в практике врача-сурдолога-оториноларинголога. Причины формирования стойкого ушного шума весьма разнообразны: заболевания наружного, среднего и внутреннего уха, патология нервной и сердечно-сосудистой системой, психоэмоциональные факторы и др. Однако в последнее время все больше внимания в проблеме СУШ уделяется психоэмоциональным факторам и патологическим пластическим механизмам центральной нервной системы, что легло в основу нейрофизиологической теории субъективного ушного шума. Кроме того, последние исследования выявили взаимосвязь СУШ с активацией лимбической системы, отвечающей в том числе за эмоциональное состояние пациента. Полиэтиологичность проблемы СУШ определяет длительный диагностический поиск, включающий консультации различных специалистов и множество инструментальных исследований. В большинстве случаев диагностический алгоритм направлен на выявление причины возникновения СУШ, в особенности на выявление патологии слухового анализатора и изменения кровотока в сосудах головного мозга. При этом зачастую пренебрегается исследование психоэмоционального состояния пациента – основного компонента патогенеза СУШ.

Цель исследования. Изучить субъективную оценку СУШ и оценить его взаимосвязь с выраженностью патологии слуха и психоэмоциональными изменениями.

Пациенты и методы исследования. На настоящий момент на базе НИКИО им. Л. И. Свержевского нами обследовано 72 пациента с СУ: 1-я группа больных – 41 пациент (57% случаев) с поражением внутреннего уха различной этиологии (болезнь Меньера, острая и хроническая нейросенсорная тугоухость); 2-я группа – 31 пациент (43% случаев) с нормальным слухом. Всем пациентам проводили стандартный ЛОР-осмотр, а также исследования слуха методом тонально-пороговой аудиометрии в стандартном частотном диапазоне и импедансометрию, включающую EFT-1-test для исключения дисфункции слуховой трубы. Для оценки СУШ применяли стандартную шумометрию методом перекрытия и исследовали показатели субъективной оценки СУШ по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 баллов.

Оценку психоэмоционального состояния пациентов мы проводили по данным международной шкалы SCL-90-R, которая оценивает следующие факторы: соматизация, обсессивность и компульсивность, межличностная тревога, депрессивность, тревожность, враждебность, фобии, параноальность, психотизм и дополнительные пункты.

Результаты исследования. Данные шумометрии показали разброс показателей интенсивности шума от –10 до +10 дБ над порогом слышимости со средним значением –1,96 дБ. Показатели субъективной оценки СУШ по ВАШ варьировали от 1 до 9 баллов со средним значением 5,2 балла. Сопоставление показателей шумометрии и субъективной оценки СУШ по ВАШ не показали достоверного соответствия двух параметров. Среди пациентов 1-й группы в 56% случаев (23 пациента) переоценивали выраженность СУШ по ВАШ по сравнению с данными шумометрии. У пациентов 2-й группы данный показатель составил 96% случаев (у 30 обследуемых). Следует отметить, что у всех пациентов с диссоциацией показателей по двум методам оценки СУШ были выявлены изменения в психоэмоциональном статусе, в 94% случаев нарушения регистрировались в 7 и более изученных факторах.

Выводы. Данные наблюдения демонстрируют необходимость включать в диагностический алгоритм исследования, направленные не только на выявление причин субъективного ушного шума (СУШ), но и на субъективную оценку тяжести состояния пациента, приносимую наличием СУШ, психоэмоционального статуса пациента, которые позволят скорректировать лечебную тактику и более точно оценить динамику изменений «страдания», вызванную СУШ.

УДК 616.391:577.161.2:616.28-008.55-039.31-08

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Манаенкова Е. А., Никиткина Я. Ю.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

THE EFFECT OF CORRECTION OF VITAMIN D OF DEFICIENCY ON RECURRENCE RATE OF BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO

Kunel'skaya N. L., Baibakova E. V., Chugunova M. A., Manaenkova E. A., Nikitkina Ya. Yu.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, Moscow, Russia

Этиология доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) остается неизвестной в 75–90% случаев. Постоянно ведется поиск новых гипотез, способных объяснить нарушение целостности отолитовой мембраны, являющееся патогенетическим субстратом ДППГ. С момента публикации Vibert в 2009 г. стало известно, что нарушение метаболизма кальция и дефицит витамина Д могут являться этиологическим фактором возникновения отолитиаза. Последующие исследования подтверждают роль дефицита витамина Д в синтезе структурно неполноценных отолитов и в ослаблении межотолитовых взаимодействий внутри отолитовой мембраны.

Цель исследования. Оценить значение коррекции дефицита витамина Д у пациентов с ДППГ на частоту рецидивов ДППГ.

Пациентыы и методы исследования. За период с сентября 2015 по ноябрь 2016 г. на базе НИКИО им. Л. И. Свержевского было обследовано 57 пациентов с ДППГ в возрасте от 50 до 73 лет, средний возраст 57,3±6,8 года. Обследованная выборка включала 54 (95%) женщины и 3 (5%) мужчин. Критерии включения в исследование: идиопатическое впервые возникшее ДППГ заднего полукружного канала (ЗПК), отсутствие в анамнезе данных о приеме препаратов кальция и витамина Д в течение года до исследования, уровень 25(OH)Д – менее 20 нг/мл, в исследование включали женщин в менопаузе и мужчин старше 50 лет. Алгоритм обследования и лечения включал установление локализации отолитиаза с последующим проведением вестибулярной реабилитации, исследование уровня сывороточного 25(OH)Д, коррекция дефицита витамина Д врачом-эндокринологом с последующей оценкой частоты рецидивов ДППГ в течение 12 месяцев. Для выявления локализации отолитиаза всем пациентам проводили позиционные тесты под контролем видеонистагмографии Interacoustics VO425. Измерение уровня сывороточного витамина Д проводили с помощью измерения концентрации его активного метаболита 25(OH)Д. Концентрация 25(OH)Д менее 20 нг/мл являлась критерием для диагностики дефицита витамина Д. Вестибулярную реабилитацию пациентов проводили посредством выполнения репозиционного маневра Эпли до успешного разрешения отолитиаза. Коррекцию дефицита витамина Д проводил врач-эндокринолог согласно принятым Клиническим рекомендациям «Дефицит витамина Д у взрослых, диагностика, лечение и профилактика». Критерием успешного лечения являлся уровень 25(OH)Д свыше 30 нг/мл после терапии препаратами нативного витамина Д согласно утвержденным схемам.

Результаты исследования. При проведении позиционных тестов выявлено, что в 74% ($N = 42$) случаев локализация отолитиаза соответствовала ЗПК справа, в 26% ($N = 15$) случаев поражался ЗПК слева. Средний уровень 25(OH)Д в обследованной выборке на момент постановки диагноза ДППГ составил 13,7±3,8 нг/мл. Успешное лечение у эндокринолога прошли 32 (1-я группа) пациента, 25 (2-я группа) пациентов продемонстрировали низкую комплаентность к назначенному лечению и не принимали препараты витамина Д. Спустя 12 месяцев уровень 25(OH)Д у пациентов 1-й группы составил 34,3±2,9 нг/мл, у пациентов 2-й группы – 14,1±4,2 нг/мл. Рецидив ДППГ за 12 месяцев отмечен у 4 (12,5%) пациентов 1-й группы и у 18 (72%) пациентов 2-й группы. Зависимость частоты рецидивов ДППГ от наличия дефицита 25(OH)Д, оцененная с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона, была статистически значимой ($p < 0,05$), что свидетельствует о том, что некорректированный дефицит 25(OH)Д может являться фактором риска рецидивирующего течения ДППГ.

Заключение. Дефицит витамина Д согласно данным мировой литературы может являться фактором риска синтеза структурно неполноценных отолитов. Выявлена статистически значимая зависимость ($p < 0,05$) частоты рецидивов ДППГ от наличия дефицита 25(OH)Д. Успешная коррекция дефицита 25(OH)Д приводит к снижению частоты рецидивов ДППГ и улучшению качества жизни пациентов. Исследование влияния системных нарушений фосфорно-кальциевого обмена на биосинтез отолитов и возникновение ДППГ может являться предметом дальнейших исследований.

УДК 616.134.95+616.831.77]--018:616.28-009

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ПРЕДДВЕРНО-УЛИТКОВОГО НЕРВА

Кунельская Н. Л., Яцковский А. Н., Мищенко В. В., Иванчиков А. А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

CLINICAL NEUROVISUALIZATION CRITERIA FOR NEUROVASCULAR CONFLICT VESTIBULOCOCHLEAR NERVE

Kunel'skaya N. L., Yatskovskii A. N., Mishchenko V. V., Ivanchikov A. A.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, Moscow, Russia

Для диагностики клинически значимого нейроваскулярного конфликта (НВК) преддверно-улиткового нерва (ПУН) у пациентов с кохлеовестибулярным синдромом нами был проведен ряд исследований: выявление вариантов НВК на кадаверах; гистологическое исследование интракраниального отдела ПУН; МРТ-исследование вазоневральных состояний мостомозжечкового угла в специально разработанных режимах (патент РФ № 2604029).

При изучении блок-препаратов задней черепной ямки НВК был нами выявлен в 13,6% случаев, т. е. НВК по данным диссекционных исследований встречается в 13,6% случаев у людей без кохлеовестибулярных нарушений. Передняя нижняя мозжечковая артерия в 80% являлась причинным сосудом при НВК с ПУН, лабиринтная артерия и верхняя мозжечковая артерия – в 8%, задняя нижняя мозжечковая артерия – в 4% случаев.

В результате проведенного гистологического исследования интракраниального отдела ПУН получены данные о топографии и гистологических различиях нервных волокон, формирующих кохлеарный нерв (КН) и вестибулярный нерв (ВН) в составе ПУН. Средняя длина интракраниального отдела ПУН составляет 13,5 мм, и нерв представлен двумя обособленными группами нервных волокон (КН и ВН), различающихся по плотности окраски, размерным параметрам и степени миелинизации. В интракраниальном отделе ПУН взаимное расположение волокон, образующих КН и ВН, изменяется: у внутреннего слухового отверстия КН занимает передненижнее положение относительно ВН; в средней части ПУН и у латеральной поверхности ствола – нижнезаднее.

В клиническую часть исследования вошли 82 пациента (164 уха) с кохлеовестибулярными нарушениями, проходивших обследование и лечение в НИКИО им Л. И. Свержевского с 2013 по 2016 г., которым проведено МРТ в специально разработанных режимах (патент РФ № 2604029) для выявления НВК ПУН. Все пациенты комплексно обследованы (стандартный осмотр ЛОР-органов, отоневрологическое, вестибулологическое и аудиологическое исследования).

При описании состояния мостомозжечкового угла по данным МРТ интракраниальный отдел ПУН условно делили на два сегмента: от места выхода до поперечника; от поперечника до входа во внутренний слуховой проход. Относительно контрольной точки на латеральной поверхности ствола мозга (место выхода VIII нерва) определяли расстояние пересечения сосуда с нервом относительно контрольной точки. В случае наличия точечного касания локализацию последнего определяли по расстоянию от контрольной точки

в миллиметрах. Наряду с этим был проведен анализ выявленного причинного сосуда при НВК и определена поверхность касания сосуда нервом.

После анализа данных МРТ все пациенты были разделены на две группы: наличие НВК – 87 ушей; отсутствие НВК – 77 ушей. Сравнение клинической картины у пациентов с кохлеовестибулярными нарушениями с и без НВК показало, что при наличии у больных НВК ПУН субъективный ушной шум был более интенсивным и носил пульсирующий характер, а снижение слуха было более выраженное, чем у пациентов без НВК.

Проведен анализ жалоб пациентов с НВК (головокружение, шум в ушах, снижение слуха) и сопоставление этих данных с точками касания по описанию в МРТ-протоколах. Согласно полученным данным гистологического исследования при касании сосудом нерва на расстоянии в пределах 5–6 мм от ствола мозга передненижней поверхности нерва преобладает кохлеарная симптоматика [шум и (или) снижение слуха]; при касании на расстоянии 7–8 мм по передней либо задней поверхности ПУН – смешанная симптоматика [шум и (или) снижение слуха и головокружение]; на расстоянии – 9–15,5 мм сверху – преимущественно головокружение, снизу – снижение слуха и (или) шум в ухе.

В 35,6% случаев у больных НВК VIII нерва мы не получили эффекта от традиционной (сосудистой и дегидротационной) терапии в отношении кохлеарных и вестибулярных расстройств. При анализе клинических и МРТ данных пациентов, у которых не было эффекта от стандартной терапии, выявлено, что у всех пациентов (100%) место касания сосудом нерва, по данным МРТ, соответствовало клинической симптоматике, имеющейся у этих больных. Следует отметить, что мы получили выраженный положительный эффект как в отношении головокружения, так и в отношении субъективного ушного шума у этих больных при назначении им карбамазепина.

У остальных больных с НВК ПУН мы не обнаружили совпадения точек касания сосуда с ПУН и клиническими проявлениями.

Учитывая вышесказанное, целесообразно ввести термины «нейроваскулярный конфликт» и «нейроваскулярный контакт». «Нейроваскулярный конфликт» – это истинный конфликт сосуда с нервом, приводящий к клиническим проявлениям. «Нейроваскулярный контакт» – это контакт сосуда с нервом, который может выявляться на МРТ, однако клинически себя не проявляет. Может иметь место и у здоровых людей без каких-либо кохлеовестибулярных нарушений.

Заключение. Таким образом, нами разработаны критерии клинически значимого (истинного) нейровизуального критерия НВК VIII нерва: наличие НВК ПУН на МРТ, совпадение точек касания сосуда с VIII парой и клиническими проявлениями [шум в ухе и (или) головокружение], отсутствие эффекта от стандартной терапии и положительный эффект от приема карбамазепина в отношении клинических симптомов кохлеовестибулярных нарушений.

УДК 616.28-008:1-071-08

ПРИМЕНЕНИЕ СПОСОБА СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ВЗРОСЛЫХ

Лазарева Л. А., Музаева Б. Р.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 350063, г. Краснодар, Россия

APPLICATION OF THE METHOD OF SCREENING DIAGNOSTICS SENSORINEURAL HEARING DISORDERS IN ADULTS

Lazareva L. A., Muzaeva B. R.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Kuban State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar

Оснащение поликлиник соответствующим сурдологическим оборудованием, как и наличие подготовленного медицинского персонала, остается проблемным разделом здравоохранения в РФ. Отсутствие точных данных о количестве лиц с нарушением слуха с учетом характера и степени тугоухости не позволяет планировать обеспечение медицинских учреждений специализированными кадрами и оснащение больниц и поликлиник сурдологической аппаратурой. Если в скрининговой диагностике слуха у новорожденных и детей первых лет жизни в РФ на настоящем этапе достигнуто взаимопонимание практически всех структур, принимающих непосредственное участие в лечебно-диагностических мероприятиях, то для взрослого населения вопросы ранней диагностики нарушений слуховой функции остаются проблемным разделом сурдологии и медицины в целом. Вместе с тем у подавляющего числа взрослых (77,6%), обращающихся за помощью в сурдологические кабинеты, диагностируют тугоухость III–IV степени и глухоту, т. е. социально значимые нарушения слуха (Таварткиладзе Г. А., Загорянская М. Е., 2006). Создавшееся положение определяет крайнюю актуальность разработки эпидемиологических методов исследования слуха у взрослых, которые будут основой для проведения наиболее рациональных профилактических и реабилитационных мероприятий.

Способ скрининговой диагностики сенсоневральных нарушений слуховой функции у взрослых, включающий анкетирование по шкале психологической оценки ситуационных задач, предлагаемый в проведенном нами исследовании, заключается в том, что пациент самостоятельно заполняет анкету балльной оценки критериев степени восприятия звуков, соответствующих значениям от 0 до 3 баллов: «испытываю затруднения при просмотре телевизора, прослушивании радио», «трудно общаться, если разговаривают несколько человек»; «теряюсь и нервничаю, если не могу понять, где находится источник звука»; «испытываю трудности при общении по телефону»; «возникают трудности общения в шумной обстановке при большом скоплении людей»; «беспокоит шум в ушах или в голове, мешающий сосредоточиться»; «испытываю трудности общения на работе (школе, институте), поскольку не понимаю смысла слов говорящего»; «у меня ощущения, что хорошо слышу все окружающие меня звуки, но не понимаю смысла слов и словосочетаний»; «громкие звуки вызывают сильное, иногда болезненное, раздражение». При сумме баллов указанных критериев (К) от 0 до 6 определяется отсутствие достоверно выраженных нарушений слуха, при К, равном 7–14 баллов – «субклинические» нарушения, а при К >14 – «клинические» нарушения.

Предлагаемый способ основан на наличии у больного с тугоухостью психоэмоционального напряжения в конкретной жизненной ситуации, что позволяет достаточно четко определить вероятность наличия нарушений слуха у больного. На начальном этапе проведения анкетирования не планируется участие узких специалистов (сурдолога или оториноларинголога), что позволяет значительно уменьшить экономические затраты при выявлении начальных нарушений слуховой функции. Вместе с тем анкетирование не занимает много времени у больного, не является обременительным и может быть использовано при самостоятельном заполнении. При выявлении «группы риска» в соответствии с определенной в анкете балльной оценкой нарушений слуховой функции дальнейшее наблюдение и лечение возможны в специализированных кабинетах и центрах.

Способ был апробирован в течение 2 лет (2015–2016) на 3570 пациентах. По выделенным критериям способа были тестированы пациенты, обратившиеся за специализированной помощью в сурдологические кабинеты г. Краснодара и Краснодарского края, а также лица, проходящие

профилактические осмотры на предприятиях. Возраст обследованных лиц находился в пределах от 18 до 72 лет (45,7±2,8). В анализ оценки результативности предложенного способа скрининговой диагностики нарушений слуховой функции не были включены анкеты больных с острыми и хроническими заболеваниями наружного и среднего уха.

В соответствии с выделенными критериями способа были получены следующие результаты: у 1930 пациентов (54,1%), по данным анкетирования, патологии слуховой функции не выявлено, у 648 больных (18,1%) были диагностированы «субклинические» нарушения, у 992 (27,8%) – «клинические». При дальнейшем сопоставлении данных анкетирования и функционального исследования слуха было получено следующее соответствие: среди пациентов с «нормой» по данным скринингового обследования только у 12 были зафиксированы нарушения слуховой функции, соотнесенные к I степени тугоухости, что составило 0,6%; в группе с «субклиническими» нарушениями у 182 больных были зафиксированы нормальные пороги восприятия звуков в зоне разговорных частот с повышением порогов на 6–10 кГц (28,1%), у 253 больных (39%) нарушения были трактованы как I степень тугоухости, у 204 больных (31,5%) – как II степень, у 9 больных (0,9%) показатели порогов при тональной аудиометрии были в норме. В группе с «клиническими» нарушениями больные распределились следующим образом: II степень тугоухости была диагностирована у 14 больных (1,4%), III степень – у 602 больных (60,7%), IV степень – у 325 больных (32,8%), Vстепень – у 51 больного (5,1%). Данные приведены на «хуже слышащее» ухо. Достаточно высокий процент больных, соотнесенный к «норме» в проведенном исследовании, обусловлен тем, что большая часть тестированных была представлена пациентами, проходящими медицинские осмотры на предприятиях. Дальнейшее наблюдение за больными с I–II степенью тугоухости состояло в рекомендациях обращения к сурдологу на контрольное обследование 1 раз в год и лечении общесоматической патологии под наблюдением у терапевта и невролога. Больным с III–IV степенью тугоухости было предложено слухопротезирование, а у больных с V степенью рекомендации носили индивидуальный характер.

Заключение. Таким образом, предложенный способ скрининговой диагностики сенсоневральных нарушений слуховой функции у взрослых продемонстрировал результативность и возможность его дальнейшего использования в унифицированном индивидуальном подходе при выявлении патологии слухового анализатора. Выбор больных в исследовании был изначально спорадическим, поэтому приведенные данные не отражают эпидемиологическую ситуацию в регионе.

В связи с этим применение скрининговых методик при ранней диагностике слуха путем повсеместного применения анкетирования взрослого населения представляется достаточно актуальной проблемой, позволяющей определить группы риска при нарушениях слуховой функции без больших финансовых затрат и предполагающей использование специализированной сурдологической помощи только на конечном этапе.

Это позволяет обеспечить своевременность проведения профилактических мероприятий у больных с I и II степенью тугоухости, а при значительных нарушениях слуха – своевременно реабилитировать пациентов без потери их трудоспособности.

УДК 616.283.1-089.168.1-072.7

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИСТОЧНИКА СИГНАЛА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Левин С. В., Клячко Д. С., Пудов В. В., Левина Е. А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

SIGNAL SOURCE LOCALIZATION IN PATIENTS AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

Levin S. V., Klyachko D. S., Pudov V. V., Levina E. A.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Обычно в Российской Федерации операция кохлеарной имплантации проводится только с одной стороны (моноурально). Очень часто специалисты и пациенты задумываются о целесообразности проведения операции кохлеарной имплантации на второе ухо. Некоторые не уверены, что второй кохлеарный имплант (КИ) значительно улучшает качество жизни.

Цель исследования. Выявить особенности локализации звуков у пациентов с двусторонней (бинауральной) кохлеарной имплантацией.

Пациенты и методы исследования. В нашем исследовании приняли участие 28 пациентов с двусторонней сенсоневральной глухотой различной этиологии. Всем пациентам с глухотой была проведена операция кохлеарной имплантации и установленны импланты Concerto фирмы Мед-Ел. Из них 12 человек были имплантированы с двух сторон и 16 человек имплантированы с одной стороны. Возраст пациентов составил от 7 до 50 лет со стажем использования КИ от 2 до 10 лет и 20 людей с нормальным слухом.

Для определения локализации мы использовали акустическую установку из 21 колонки, которые были расположены в горизонтальной плоскости, полукругом с шагом 9° и радиусом полукруга 1 м. В центре установки располагался испытуемый. Система подключалась к источнику звука, который генерировал модулированные тоны на частоте 1000 Гц и громкостью 70 дБ. Каждому пациенту предъявлялось в разные колонки 105 модулированных сигналов в случайной последовательности. Задачей пациента было показать направление на источник звука.

В ходе собственного исследования нами были получены следующие результаты:

– среднее количество ошибок у нормально слышащих испытуемых составило 34%;

– среднее количество ошибок у пациентов с двумя КИ составило 86%;

– среднее количество ошибок у пациентов с одним КИ составило 89%.

Таким образом, видно, что количество ошибок у пациентов с одним и двумя КИ практически одинаковое, однако, если обратить внимание на структуру ошибок, мы получаем несколько другую картину:

– средний градус ошибки у нормально слышащих испытуемых оказался равен 14,3°;

– средний градус у пациентов с двумя имплантами составил 39,8°;

– средний градус ошибки у пациентов с одним имплантом составил 63,1°.

Заключение. Полученные нами результаты указывают на значительное улучшение локализации звука в пространстве у пациентов с двумя КИ и показывают целесообразность проведения операции кохлеарной имплантации на второе ухо.

УДК 616.283.1-089.843:616.28-008.28

КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С УШНЫМ ШУМОМ

Левина Е. А., Левин С. В., Серова Е. Э., Кузовков В. Е., Астащенко С. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

COCHLEAR IMPLANTATION IN PATIENTS WITH TINNITUS

Levina E. A., Levin S. V., Serova E. E., Kuzovkov V. E., Astashchenko S. V.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В мире существует более 60 методов лечения ушного шума. В первую очередь выявляют и устраняют (если это возможно) специфические причины возникновения шума. Используются медикаментозная терапия, рефлексотерапия, хирургическое лечение. Большинство современных методов лечения ушного шума включают когнитивно-поведенческую терапию в сочетании с обогащением звуковой среды. Лечение направлено на улучшение привыкания на основе формирования нейрофизиологической модели.

К аппаратным методам реабилитации пациентов с ушным шумом относят использование слуховых аппаратов, акустических маскеров, электростимуляцию. Однако использование классических методик, в том числе основанных на обогащении звуковой среды, затруднено у пациентов с полной одно- или двухсторонней глухотой. При этом около 66–86% пациентов с глубокой степенью снижения слуха беспокоит шум в ушах. Кохлеарная имплантация по-прежнему является наиболее эффективным методом реабилитации пациентов с глубокой степенью снижения слуха.

Цель исследования. Изучение динамики шума в ушах у пациентов после кохлеарной имплантации.

Пациенты и методы исследования. Нами было обследовано 382 пациента в возрасте от 14 до 72 лет, из них 237 женщин и 145 мужчин, с двухсторонней сенсоневральной тугоухостью 4-й степени и жалобами на шум в ушах. Всем пациентам была проведена кохлеарная имплантация. Односторонняя имплантация была выполнена в 375 случаях, двухсторонняя – у 7 пациентов. Тяжесть шума в ушах пациентов оценивали по визуальной аналоговой шкале от 0 до 10 баллов в четыре этапа:

– до проведения кохлеарной имплантации;

– через 7 дней после оперативного вмешательства;

– при первом подключении речевого процессора;

– через 6 месяцев после первого подключения.

С помощью специальных анкет мы проанализировали зависимость динамики в ушах пациента от возраста, длительности и этиологии глухоты через 6 месяцев после подключения процессора. Также при помощи статистических методов была проанализирована зависимость динамики ушного шума от возраста пациентов, длительности и причины глухоты. Изменение средних значений уровня шума на разных этапах реабилитации, достоверность и наличие зависимостей оценивались методами регрессионного, корреляционного, дисперсионного анализа.

Результаты исследования. У большинства пациентов (83%) наблюдалось уменьшение уровня ушного шума после проведения кохлеарной имплантации.

Статистическая обработка полученных данных показала отсутствие выраженной зависимости динамики ушного шума от продолжительности заболевания и этиологии глухоты.

Достоверной зависимости уровня шума от возраста на всем протяжении реабилитации не выявлено. Наиболее значимые изменения ушного шума наблюдались у пациентов с показателями 3–7 баллов до проведения КИ. После использования КИ в течение 6 месяцев в среднем индивидуальная оценка ушного шума варьировала в диапазоне от 0 до 3 баллов.

Статистически достоверно выражено снижение шума в послеоперационном периоде и сразу после подключения речевого процессора.

Согласно полученным результатам исследования снижение уровня ушного при использовании КИ связано не столько с эффектом габитуации, как было принято считать ранее, а, вероятнее, с прямой электрической стимуляцией слухового нерва и акустической маскировкой.

Выводы. Использование современной диагностики и комплексный подход к терапии позволяют улучшить состояние большинства пациентов с ушным шумом. Кохлеарная имплантация уменьшает выраженность шума в ушах у большо-

го числа больных с глухотой различного генеза, разных возраста и длительности глухоты.

При глубокой степени тугоухости кохлеарная имплантация является наиболее эффективным методом реабилитации данной категории пациентов.

Эти наблюдения обеспечивают доказательную базу для нового указания кохлеарной имплантации в качестве эффективного лечения для пациентов с односторонней глухотой и выраженным ушным шумом.

УДК 616.281-008.55-073-027.44

КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ПОСТУРАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Лиленко С. В.[1,2], Лиленко А. С.[1], Сугарова С. Б.[1]

[1] ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

COMPUTERIZED ASSESSMENT OF POSTURAL IMBALANCE IN MENIERE'S DISEASE

Lilenko S. V.[1,2], Lilenko A. S.[1], Sugarova S. B.[1]

[1] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech" of Ministry of Health of Russian Federation, Saint Petersburg

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of Russian Federation, Saint Petersburg

Комплексное (вестибулярный паспорт, компьютерная электроокулография, видеоокулография, компьютерная динамическая постурография) обследование выполнено в вестибулярной лаборатории Санкт-Петербургского НИИ ЛОР в целях установки окончательного диагноза хронического кохлеовестибулярного синдрома, а также для решения вопросов о коррекции консервативной терапии и необходимости хирургического лечения. Оценка статического и динамического равновесия с применением компьютерной динамической постурографии (КДП) проведена 54 пациентам с односторонней формой болезни Меньера в межприступный период.

Всеми пациентами (32 женщины и 22 мужчины в возрасте от 19 до 63 лет) отмечено появление (во время развития рецидивирующих головокружений) жалоб на эпизодические ощущения «неустойчивости» при стоянии и особенно при ходьбе. При сильных головокружениях окружающие люди замечали отклонения тела пациента при попытке сохранить равновесие в положении стоя и шаткость его походки. Большинство (47 наблюдений из 54) составили лица с активной стадией болезни Меньера. При этом характерными являются учащение и усиление приступов нарушенного равновесия на протяжении нескольких недель (месяцев), предшествующих вестибулометрическому обследованию. Компьютеризированные постуральные тесты проведены в ранний послеприступный период (острая фаза) в 30 случаях. Обследование с применением КДП в подострую фазу течения активной стадии болезни Меньера прошли 17 человек. Неактивная стадия заболевания отмечена в 7 наблюдениях.

Компьютерная динамическая постурография выполнена в рамках теста сенсорной организации (ТСО) на наличие отклонений общего центра тяжести тела. Устойчивость пациентов в вертикальном положении определяли при последовательном соблюдении шести (У1 → У6) различных условий. Три первых этапа (У1 → У3) обследования выполнены на неподвижной платформе (с открытыми глазами при неподвижном визуальном окружении → при закрывании глаз → с открытыми глазами при возможном покачивании стенок кабины). Во второй части (У4 → У6) теста сенсорной организации оценивают возможность сохранения равновесия пациентом при стоянии на покачивающейся вперед-назад балансной

платформе (глаза открыты → закрытые глаза → возможное смещение визуального окружения). Количественный критерий, носящий название «сводный индекс устойчивости» представляет собой процентное выражение суммы средних арифметических, полученных при всех шести последовательных условиях ТСО. Значением сводного индекса устойчивости, позволяющей говорить об отсутствии декомпенсации вестибулярной функции, служит превышение 70%.

Вне зависимости от стадии течения болезни Меньера факт отсутствия сохранения равновесия при суммарной оценке шести условий в тесте сенсорной организации выявлен в 25 случаях из 54. Сводный индекс устойчивости у этих пациентов не достигает минимально достаточного значения и колеблется от 48 до 69%. В 20 наблюдениях из 25 такой результат компьютерной динамической постурографии отмечен в ранний послеприступный период болезни Меньера. Напротив, во всех 7 случаях неактивной стадии болезни Меньера и в большинстве (12 из 17) наблюдений в подострую фазу течения заболевания выявлено превышение нормативного значения сводного индекса устойчивости. В острую фазу активной стадии течения болезни Меньера отклонения общего центра тяжести тела носят стабильный (отмечаются в подавляющем большинстве попыток У5 и У6 теста сенсорной организации) и сильно выраженный (на грани с падением) характер. В подострую фазу активной стадии болезни Меньера расстройства равновесия в положении стоя нестабильны (выявлены в первых или, реже, последних пробах У3, У4, У5 и У6 теста сенсорной организации) и носят менее выраженный характер, не достигая падения. Комбинация постурографических признаков (обнаружение отклонений общего центра тяжести тела как при У5, так и в попытках У6) при болезни Меньера зарегистрирована у 14 из 54 обследованных. Именно в этих самых сложных для функционирования пораженного периферического звена вестибулярной системы ситуациях (исключение или напряжение зрительной поддержки и повышенные требования к проприоцепции) проявляется постуральный дисбаланс.

Таким образом, по результатам обследования пациентов с болезнью Меньера, во-первых, показано, что методика компьютерной динамической постурографии является инструментом, позволяющим объективно оценить степень декомпенсации односторонней периферической вестибулярной дисфункции, во-вторых, информативность результатов теста сенсорной организации зависит от стадийности течения болезни Меньера. Наиболее значимые постурографические признаки (стабильные нарушения стояния хотя бы при одном из процедурных условий: У5 или У6) обнаружены в острую фазу этого заболевания внутреннего уха.

УДК 616.28-001.45

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУБАРОТРАВМЫ СЛУХОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ

Миронов В. Г., Касаткин А. Н., Овчаренко А. П., Гаврилов Е. К.

ФГКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

MODERN ASPECTS OF COBRACRANE OF THE AUDITORY SYSTEM FOR BLAST INJURIES

Mironov V. G., Kasatkin A. N., Ovcharenko A. P., Gavrilov E. K.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

В последнее время в структуре локальных боевых конфликтов, террористических актов, бытовых и производственных взрывов значительный удельный вес занимает акубаротравма слуховой системы, которая, по результатам различных и доступных нам исследований, составляет от 50 до 70% случаев взрывных повреждений. Данная патология приводит к значительному нарушению слуховой функции, инвалидизации, а в некоторых случаях и к полной глухоте.

Пациенты и методы исследования. Нами проведено обследование 56 человек, находившихся на лечении в клинике оториноларингологии ВМедА им. С. М. Кирова (48 мужчин и 8 женщин в возрасте от 19 до 44 лет, ранее не имевших нарушений функции слуха), в целях уточнения медико-статистических характеристик у данных пациентов. Обследуемые пациенты получили акубаротравму в результате действия ударной и звуковой волн при различных обстоятельствах и поступили на лечение в клинику в остром и в отдаленном периодах после взрывной травмы.

Все пациенты были обследованы согласно действующим протоколам диагностики и лечения акубаротравмы слуховой системы. Исходя из сроков обращения за медицинской помощью все пациенты были разделены на две группы: 39 человек (69,6%) обратились за медицинской помощью в течение первых суток после получения травмы и составили первую группу обследуемых, остальные – 17 человек (30,4%) – обратились в медицинские учреждения спустя 1–5 лет после травмы и составили вторую группу. По результатам исследования выявлено, что в обеих группах пациентов в 100% случаев после взрывной травмы имели место жалобы на снижение слуха, шум, дискомфорт либо резкую боль в ушах. Ввиду того что у части пострадавших острые симптомы не были ярко выражены либо прошли в первое время после травмы, они не обратились за медицинской помощью своевременно.

Результаты исследований. Пациенты первой группы различны по эндоскопической картине барабанной перепонки. У 20 человек (51,3%) имела место острая нейросенсорная тугоухость, сопровождающаяся катаральной формой среднего отита, а у оставшихся 19 человек (48,7%) имелась острая нейросенсорная тугоухость с перфорацией барабанной перепонки. Пациенты второй группы, по ряду причин не обратившиеся за медицинской помощью сразу после получения акубаротравмы, также неоднородны по клинической картине: при обследовании у них в 100% случаев диагностирована хроническая нейросенсорная тугоухость, у 2 из них (11,8%) – глухота на пораженное ухо, у 11 человек (64,7%) диагностирован хронический средний отит со стойкой сухой перфорацией барабанной перепонки, у 8 человек (47,1%) имелись рубцовые изменения барабанных перепонок, а 6 человек (35,3%) перенесли оперативное лечение по поводу хронического среднего отита с тимпанопластикой. В клинике оториноларингологии всем пациентам перечисленных групп проведено комплексное обследование, включающее тональную пороговую аудиометрию, тимпанометрию, компьютерную томографию височных костей. В зависимости от клинической картины поражения слуховой системы в первой группе обследуемых в целях закрытия дефекта барабанной перепонки выполнена тимпанопластика, проведено местное противовоспалительное лечение, а также осуществлялось консервативное лечение по поводу нейросенсорной тугоухости. Во второй группе пациентам с хроническим средним отитом также выполнялась тимпанопластика, а в 3 случаях (17,6%) – повторное оперативное вмешательство, все пациенты получали консервативное лечение по поводу нейросенсорной тугоухости. Наблюдение и лечение пострадавших исследуемых групп продолжены на протяжении последующих 3 лет. В первой группе полное восстановление барабанной перепонки

диагностировано у 31 пострадавшего (79,5%). Нейросенсорная тугоухость различной степени тяжести сохранилась у 37 человек (94,9%), при этом у 3 (8,1 %) из них в течение 2 лет снизился слух до полной глухоты, что привело к значительному нарушению качества жизни и инвалидизации. У 5 человек (12,8%) в связи с рецидивом перфорации барабанной перепонки выполнена повторная тимпанопластика.

Во второй группе благодаря проведенному оперативному лечению и ежегодным курсам сосудистой слухостабилизирующей терапии удалось не только поддержать слух в стабильном состоянии, но и в некоторых случаях [4 человека (23, 5%)] улучшить показатели восприятия слуха, доказанные выполнением контрольной тональной пороговой аудиометрии.

Выводы. Проведенное нами исследование доказывает, что поражения органа слуха при взрывной травме во всех случаях сопровождается развитием нейросенсорной тугоухости, но при этом 67,8% из числа пострадавших имели травму барабанной перепонки, приводящую к кондуктивной тугоухости, которую нужно лечить в ближайшее время.

Прогрессирование нелеченой смешанной тугоухости впоследствии приводит к потере трудоспособности вплоть до инвалидности, а далее и к полной глухоте.

В целях предотвращения хронизации воспалительного процесса в барабанной полости у пациентов с акубаротравмой слуховой системы, сопровождающейся разрывом барабанной перепонки, необходимо безотлагательное закрытие дефекта в ней (тимпанопластика).

Пациентам со взрывной травмой слуховой системы необходимы безотлагательный осмотр высококвалифицированным врачом-оториноларингологом на специализированном оборудовании, выполнение комплексного обследования и высокотехнологичного лечения, а также наблюдение сурдолога.

УДК 616.281-008.55-073.7

ЭЛЕКТРОКОХЛЕОГРАФИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ГИДРОПСА ЛАБИРИНТА

Морозова М. В., Голованов А. Е.

ФГКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

ELECTROCOCHLEOGRAPHY IS A MODERN METHOD OF LABYRINTH HYDROPS EVALUATION

Morozova M. V., Golovanov A. E.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Одной из достаточно частых причин кохлеовестибулярных расстройств является болезнь Меньера. По данным ряда авторов, она занимает третье место, уступая по частоте лишь вестибулярному нейроните и доброкачественному пароксизмальному позиционному головокружению.

Во всем мире диагностика болезни Меньера представляет сложность для врачей и основывается главным образом на ее клинических проявлениях, которые подтверждаются с помощью камертональных тестов, тональной пороговой аудиометрии, в том числе дегидратационного теста, а также вестибулометрии.

Однако ни один из перечисленных методов не дает 100%-ного результата. Поэтому в последнее время все большее внимание привлекает к себе электрокохлеография – как объективный метод, позволяющий выявить гидропс лабиринта.

Электрокохлеография является разновидностью исследования слуховых вызванных потенциалов во временном окне до 10 мс и основана на регистрации электрической активности улитки

в ответ на звуковое воздействие. В результате исследования на графике регистрируются пики суммационного потенциала и потенциала действия, увеличенное соотношение площадей и амплитуд которых характерно для гидропса лабиринта.

В нашей практике мы проводили экстратимпанальную электрокохлеографию с помощью TM trode и Tip trode. При исследовании активный электрод должен быть максимально близко расположен к улитке. Однако при применении различных электродов мы не заметили достоверных различий в чувствительности метода.

Практически у всех пациентов на стадии стойкого снижения слуха мы получили при электрокохлеографии признаки гидропса лабиринта. Это дает нам возможность рекомендовать метод как высокоинформативный. Однако при исследовании мы столкнулись с некоторыми трудностями. Основной явилось ограничение по степени снижения слуха. Для того чтобы зарегистрировать пики, пороги слуха должны быть не глубже 3-й степени снижения слуха. Кроме того, в одном случае мы зарегистрировали признаки гидропса лабиринта у пациента с перилимфатической фистулой.

УДК 616.281+616.833.185-079.4

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ И ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Накатис Я. А., Силкина А. В.

ГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, Санкт-Петербург, Россия

MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PERIPHERAL AND CENTRAL DISORDERS OF THE VESTIBULAR SYSTEM

Nakatis Ya. A., Silkina A. V.

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

В клинике цереброваскулярных расстройств одно из ведущих мест занимают заболевания кохлеовестибулярной системы. Проблеме изменения слуховой и вестибулярной функций при церебральной сосудистой недостаточности посвящено небольшое количество исследований, но на данный момент эта проблема остается недостаточно изученной.

В нашей стране число больных с кохлеовестибулярными нарушениями составляет 13–14 человек на 10 тыс. населения.

Этиология кохлеовестибулярных нарушений достаточно разнообразна, но в большинстве случаев имеет сосудистую природу, обусловленную особенностями кровоснабжения внутреннего уха.

Согласно уровню поражения выделяют центральные и периферические вестибулярные синдромы, которые вызывают нарушения пространственной ориентации, постуральной стабилизации и контроля движения глаз и проявляются тошнотой, рвотой, головокружением, нарушением равновесия и появлением нистагма, поэтому очень важно своевременно и корректно провести комплексное обследование такого пациента и назначить адекватную терапию.

Цель исследования. Выработка диагностического алгоритма обследования больных с кохлеовестибулярными расстройствами, позволяющего дифференцировать центральный и периферический уровни поражения вестибулярной системы.

Пациенты и методы исследования. На базе отделения оториноларингологии Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова за период с октября 2016 по февраль 2017 г. нами было обследовано 25 больных с клиникой кохлеовестибулярных расстройств с жалобами на головокружение, расстройство равновесия и снижение разборчивости речи. Больные с хроническими заболеваниями среднего уха из исследования исключались.

Обследование пациентов включало проведение эндоскопического осмотра ЛОР-органов, тональной пороговой аудиометрии, отоакустической эмиссии, импедансометрии и оценку вести-

булярной функции. Аудиометрические исследования проводились в относительно заглушенной камере с общим уровнем окружающего шума, не превышающим 30 дБ. Импедансометрия проводилась на импедансометре AZ26 Interacoustics. Тональная пороговая аудиометрия проводилась на аудиометре AC40 Interacoustics. Отоакустическая эмиссия включала определение вызванной отоакустической эмиссии и эмиссии на частоте продукта искажения и выполнялась на платформе Eclipse Interacoustics. Исследование вестибулярной функции проводилось на системе ICS Impulse, которая позволяет исследовать вестибулоокулярный рефлекс и нистагм путем регистрации, записи, отображения и анализа движения глаз и головы. В результате становится возможным дифференцировать центральное и периферическое поражения, определить стороны поражения и поврежденный полукружный канал. Для диагностики используются окуломоторный тест, тест импульсных движений головы и позиционный тест.

Результаты и обсуждение исследования. По данным тональной пороговой аудиометрии снижение слуха было выявлено у всех обследуемых больных. В зависимости от степени потери слуха больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 13 человек (52%) со снижением слуха до 40 дБ, вторая группа включала 7 человек (28%) со степенью потери слуха от 41 до 55 дБ, в третью группу вошли 5 человек (20%) со степенью потери слуха от 56 до 70 дБ. По данным импедансометрии у всех пациентов была диагностирована тимпанограмма типа А (As). Задержанная вызванная отоакустическая эмиссия не регистрировалась в 100% случаев у пациентов ни в одной из исследуемых групп. Отоакустическая эмиссия на частоте продукта в первой группе была выявлена у всех пациентов, во второй группе регистрировалась у 4 человек (57,2%) и не регистрировалась у 3 человек (42,8%), в третьей группе эмиссия не регистрировалась. По данным оценки вестибулярной функции из 25 обследованных больных у 17 человек (68%) было диагностировано периферическое вестибулярное расстройство, у 8 (32%) – центральное расстройство. Распределение пациентов в группе периферических вестибулярных расстройств выглядело следующим образом: 3 человека с доброкачественным позиционным головокружением (17,7%), 2 человека с вестибулярным нейронитом (11,8%) и 12 человек (70,5%) с кохлеовестибулярными расстройствами на фоне нарушений в вертебрально-базилярном бассейне.

Выводы. В результате нашего всестороннего обследования было выявлено, что кохлеовестибулярная патология является серьезной проблемой и требует детального обследования как слуховой, так и вестибулярной функции. Желательно обследование таких пациентов проводить на уровне приемного покоя в целях дифференциальной диагностики периферического и центрального уровней поражения и своевременного лечения у профильного специалиста.

УДК 616.28-008.12:615.84:616.833.1-009.614

ПОДАВЛЕНИЕ УШНОГО ШУМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСЛИНГВАЛЬНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

Никитин Н. И.[1], Сыроежкин Ф. А.[2], Данилов Ю. П.[1]

[1] ФГБУН «Институт физиологии им. И. П. Павлова» РАН, 199034, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

SUPPRESSION EAR NOISE USING TRANSLINGUAL NEUROSTIMULATION

Nikitin N. I.[2], Syroezhkin F. A.[1], Danilov Yu. P.[2]

[1] Pavlov Institute of physiology Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russia

[2] Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

На протяжении длительного времени субъективный ушной шум рассматривали как комплекс нарушений, протекающих преимущественно на уровне периферической части звуковоспринимающего аппарата. В последние десятилетия исследования в области нейровизуализации способствовали существенному пересмотру взглядов в отношении нейрональных механизмов, лежащих в основе ушного шума как фантомного ощущения. Современные нейрофизиологические теории рассматривают ушной шум как следствие патологически измененной активности нейронов в слуховой коре головного мозга. На основе этих представлений дальнейшее развитие получили исследования по оптимизации работы нейронных сетей, уменьшению нейронной десинхронизации в слуховой системе и потенциации нейропластичности.

В целях реабилитации больных, страдающих ушным шумом, нами был разработан метод, основанный на сочетании акустической маскировки с неинвазивной транслингвальной нейростимуляцией. Метод был применен на пациентке, страдающей односторонним ушным шумом вследствие травмы лабиринта.

В качестве акустического маскера использовали узкополосные шумы (ширина полосы 2 кГц) с центральной частотой от 1,1 до 10 кГц, которые через головные телефоны подавали в пораженное ухо (монаурально) и в оба уха (бинаруально). Интенсивность предъявляемого шума устанавливали на уровне, вызывающем подавление (маскировку) субъективного ушного шума. Акустическую стимуляцию проводили одновременно с электротактильной стимуляцией языка, вызывающей нейромодуляцию нейронных сетей на уровне ствола мозга. Процедура занимала 20 мин и применялась дважды в день. Слуховая реабилитация проводилась в течение 6 месяцев с тремя перерывами, сроком по 2 недели каждый.

Исследование показало, что через 20 суток слуховой тренировки порог подавления ушного шума снижается более чем на 20 дБ, т. е. более чем в 10 раз по сравнению с его изначальным уровнем. Также пациентка стала отмечать эпизоды полного исчезновения ушного шума на непродолжительный период.

Через 3 месяца отмечено снижение порогового уровня шумоподавления до 40 дБ в сравнении с изначальным. Кроме того, интенсивность ушного шума не изменилась по прошествии 2 недель, в течение которых стимуляцию не проводили. К моменту завершения наблюдения ушной шум остался на минимально воспринимаемом уровне и не беспокоил пациентку.

Заключение. Таким образом, получен клинический эффект существенного снижения ушного шума посредством комбинированного воздействия слуховой тренировки и неинвазивной нейромодуляции. Результаты исследования подтверждают предположение о центральном уровне «генерации» ушного шума, несмотря на изначально периферическое (улитковое) его происхождение.

УДК 616.28-009-02:613.164

ВЛИЯНИЕ ШУМА НА ФУНКЦИЮ СЛУХА У РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОГО КОМБИНАТА

Никонов Н. А., Черницкий А. Н., Манукян Р. Х., Батенева Н. Н.

ГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко», 394036, г. Воронеж, Россия

МУЗ «Медсанчасть Лебединского горно-обогатительного комбината», 309517, г. Старый Оскол, Белгородская область, Россия

THE EFFECT OF NOISE ON THE HEARING FUNCTION AMONG WORKERS OF THE MINING PLANT

Nikonov N. A., Chernitskii A. N., Manukyan R. Kh., Bateneva N. N.

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenco, Voronezh

The medical unit of Lebedinsky GOK, Stary Oskol, Belgorod region

Профессиональная тугоухость, обусловленная шумом, занимает одно из первых мест среди всех профессиональных заболеваний. По данным отечественных и иностранных авторов, она диагностируется у 10–20% рабочих, занятых в промышленности развитых стран, и не имеет тенденции к снижению.

Пациенты и методы исследования. Нами в течение длительного времени (более 30 лет) проводятся исследования слуха у рабочих Лебединского горно-обогатительного комбината. В данном сообщении мы приводим обследование рабочих мельницы.

Под нашим наблюдением с 2001 по 2010 г. было 78 человек: из них мужчин 70, женщин – 8 – в возрасте от 31 до 40 лет – 37 человек, от 41 до 50 лет – 34, от 51 до 60 лет – 7. Стаж работы каждого составлял более 10 лет. Все они работали на фабрике крупного дробления железорудных кварцитов. Хронических заболеваний уха и верхних дыхательных путей у них не диагностировалось.

Для определения влияния частотной характеристики звука на орган слуха рабочих инженерами и техниками-акустиками измерялись частотная характеристика звука и уровни звукового давления на рабочих местах (маршрутные карты). Они составили: 65 Гц – 92 дБ, 125 Гц – 90 дБ, 250 Гц – 96 дБ, 500 Гц – 90 дБ, 1 кГц – 92 дБ, 2 кГц – 80 дБ, 4 кГц – 76 дБ, 8 кГц – 74 дБ, уровень шума – 90 дБА.

Обследование рабочих проводилось во время ежегодных профосмотров. Исследование слуховой функции у рабочих начинали с определения восприятия шепотной и разговорной речи, и затем им проводилась аудиометрия на аудиометрах МА-31 и АД-226 в конвенциональном и расширенном диапазонах. У 72 обследованных лиц отмечалось повышение порогов слуха с обеих сторон, и лишь у 6 имела место асимметрия слуха.

Нами также у данной группы рабочих исследовалась способность различения тестирующих сигналов по фронту нарастания звуковых стимулов (Б. И. Сагалович). Безошибочно различали звуковые стимулы с разницей крутизны фронта нарастания до 5 мс только лица, поступающие на работу. После 10 лет стажа хуже различали стимулы с крутизной фронта до 7 мс – 30 человек (38,5%), что близко к первоначальному исследованию. У остальных рабочих – 37 человек (47,5%) этот показатель был в пределах 10 мс, а у 11 рабочих (14%) – в пределах 20 мс. Это указывает на вероятные изменения в корковом анализаторе.

Выводы. Получены данные о более интенсивном снижении слуха у рабочих к 7–10 годам стажа, после снижение слуха замедляется.

Не отмечена зависимость поражения слуха у данных рабочих от спектрального состава шума, она больше зависит от интенсивности.

Снижение восприятия высоких частот с 4 кГц и выше появляется и при малом стаже, тогда как в речевом диапазоне снижение слуха наступает через годы. В данном исследовании снижение слуха на высоких частотах было от 20 до 70 дБ и зависело от стажа и возраста рабочих.

При исследовании фронтов нарастания звуковых стимулов по Б. М. Сагаловичу можно предполагать признаки поражения центральных отделов слухового анализатора.

УДК 616.28-009-057:613.644:662.76.034

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У РАБОЧИХ ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

Райцелис И. В., Шульга И. А.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, 460000, Оренбург, Россия

THE IMPACT OF PRODUCTION ENVIRONMENT ON THE DEVELOPMENT OF OCCUPATIONAL HEARING LOSS IN WORKERS OF GAS-PROCESSING PRODUCTION

Racelis I. V., Shulga I. A.

Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Orenburg, Russia

На предприятиях газоперерабатывающей промышленности ООО «Газпром добыча Оренбург» занято большое число работающих. В последние годы отмечается рост выявления нейросенсорной тугоухости у рабочих основных профессий данной отрасли.

Профилактике возникновения профпатологии и укреплению здоровья рабочих в настоящее время придается приоритетное значение.

Цель исследования. На основе комплексной гигиенической оценки условий труда оценить влияние производственной среды на формирование нейросенсорной тугоухости у рабочих газоперерабатывающего производства.

Результаты исследования. Работники газоперерабатывающей промышленности на протяжении трудовой деятельности подвергаются воздействию комплекса производственных факторов. В первую очередь неблагоприятным в данной отрасли является физический фактор – шум.

Основными источниками шума на обследованных предприятиях является технологическое оборудование (насосы установок очистки и осушки газа, воздуходувки участков получения серы, компрессоры установок стабилизации конденсата и др.). По характеру спектра шум на рабочих местах широкополосный, по временным характеристикам – постоянный. По частоте – чаще средне- и высокочастотный.

Общая интенсивность шума, производимого технологическим оборудованием, колеблется от 93 до 108 дБА. При этом максимальное превышение допустимых нормативов на 2–32 дБА отмечалось в диапазоне среднегеометрических частот 250–8000 Гц.

Условия труда в зависимости от уровней шума на рабочих местах операторов и слесарей по ремонту технологических установок в подавляющем большинстве соответствовали классу 3.2. На рабочих местах машинистов технологических насосов, компрессоров условия труда соответствовали классу 3.3.

Классы условий труда в зависимости от уровней вибрации на основных рабочих местах соответствовали классу 2.

В воздухе рабочей зоны обследованных предприятий одновременно содержится несколько вредных веществ однонаправленного действия, какими являются сероводород, диоксид серы, углеводороды, этил- и метилмеркаптаны и окись углерода.

С учетом комбинированного действия комплекса химических веществ на организм рабочих рассчитан коэффициент загрязнения воздуха рабочей зоны.

Установлено, что коэффициент суммарного загрязнения воздуха рабочей зоны по максимально разовым концентрациям химических веществ превышает нормируемое значение у слесарей в 2,0 раза, у машинистов в 2,18 раза, у операторов в 2,2 раза, что соответствует вредным условиям труда, класс 3.1.

Необходимо отметить, что токсическое воздействие сероводорода, меркаптанов на корковые структуры ЦНС приводит к опосредованному негативному влиянию на центральные отделы слухового анализатора и потенцирует прямое неблагоприятное воздействие производственного шума, тем самым определяются особенности клинического течения нейросенсорной тугоухости у рабочих основных профессий газохимического производства.

Выводы. Уровни звукового давления на обследованных производственных объектах, создаваемого технологическим оборудованием, превышали допустимые нормативы на 2–32 дБА.

Коэффициент суммарного загрязнения воздуха рабочей зоны этил- и метилмеркаптанами,

углеводородами, сероводородом превышает нормируемое значение в 2,0–2,2 раза.

Комплексная гигиеническая оценка условий труда операторов, машинистов, слесарей, занятых на предприятиях ООО «Газпром добыча Оренбург», свидетельствует о том, что условия труда рабочих всех исследуемых профессиональных групп являются вредными, третьей степени (класс условий труда 3.3).

Приоритетным из комплекса неблагоприятных производственных факторов, воздействующих на организм рабочих, занятых на предприятиях газоперерабатывающего производства, является шум, который в сочетании с загрязнением воздуха рабочей зоны сероводородом, диоксидом серы, меркаптанами, углеводородами создает высокий риск развития профессиональной нейросенсорной тугоухости (ПНСТ).

Токсическое воздействие сероводорода, меркаптанов на корковые структуры ЦНС потенцирует прямое неблагоприятное воздействие производственного шума на центральные отделы слухового анализатора рабочих основных профессиональных групп газоперерабатывающего производства.

УДК 616.28-008.12-073.97

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЙРОБИОУПРАВЛЕНИЯ

Резакова Н. В.[1], Казакова А. А.[1], Кунельская Н. Л.[2], Гехт А. Б.[1], Бирюкова Е. В.[1]

[1] ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения Москвы, 115419, Москва, Россия

[2] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

THE EFFECTIVENESS OF TREATING TINNITUS BY NEUROBIOFEEDBACK

Rezakova N. V.[1], Kazakova A. A.[1], Kunel'skaya N. L.[2], Gekht A. B.[1], Biryukova E. V.[1]

[1] Scientific and Practical Psychoneurological Center named after Z. P. Solovyov Department of Health of Moscow, Moscow, Russia

[2] Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

Эффективное лечение пациентов с субъективным ушным шумом (СУШ) остается одной из актуальных проблем современной оториноларингологии. Распространенность СУШ в общей популяции составляет от 5 до 15%, при этом, не являясь самостоятельным заболеванием, он значительно снижает качество жизни пациентов, приводит к соматическим и психическим расстройствам. Ряд авторов указывает на то, что длительное существование СУШ приводит к формированию депрессивных состояний в 60–80% случаев, к соматизированным расстройствам – в 6–24% случаев, а формирование невротической личности, в свою очередь, усугубляет ощущение шума больным по принципу обратной связи.

В настоящее время одним из основных немедикаментозных методов лечения патологии сенсорных систем является терапия на основе биологической обратной связи (БОС). Одной из наиболее востребованных разновидностей данной методики является нейробиоуправление, в основу которого положен релаксационный тренинг, направленный на повышение уровня мощности альфа-ритма головного мозга.

Цель исследования. Изучение эффективности применения нейробиоуправления в составе комплексной терапии пациентов с ведущими жалобами на СУШ на фоне изменений их психоэмоционального статуса.

Пациенты и методы исследования. 146 пациентам в возрасте от 18 до 65 лет (57 мужчин, 39%, и 89 женщин, 61%, средний возраст – 41,3+5,2 года) с ведущими жалобами на СУШ были проведены комплексное оториноларингологическое и сурдологическое обследования. Субъективную оценку пациентами выраженности СУШ, равно как и оценку эффективности лечения, осуществляли по 10-балльной системе с использованием сенсорно-аналоговых шкал (САШ), по которым отмечали динамику таких показателей, как интенсивность шума в ушах, степень его переносимости, влияние на повседневную жизнь.

Исследование психоэмоционального статуса больных включало проведение скринингового исследования с использованием стандартизированных психометрических шкал – самоопросников (SCL-90, TAS), по данным которых в случае выявления невротических нарушений пациенты в дальнейшем были консультированы психиатром. Все исследования проводили в динамике.

Результаты исследований и их обсуждение. По нашим данным, расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС) широко распространены среди рассматриваемой категории пациентов (84,7% случаев). При этом органическая патология со стороны слухового анализатора, объясняющая наличие кохлеарных жалоб, имеет место лишь в 66,3% случаев (хроническая нейросенсорная тугоухость, адгезивный средний отит, дисфункция слуховых труб, болезнь Меньера, хронический гнойный средний отит). В схему комплексного лечения пациентов с сопутствующими отиатрической патологии РТДС, помимо стандартной фармакотерапии (в том числе психофармакотерапии), было включено 10 сеансов альфа-стимулирующего тренинга БОС с кратностью занятий от 3 до 5 раз в неделю.

По окончании курса лечения в большинстве случаев у пациентов были отмечены достоверное регрессирование СУШ (снижение интенсивности, улучшение переносимости), повышение качества жизни, а также повышение уровня мощности альфа-ритма головного мозга. Так, общее количество клинических респондеров, по данным САШ, составило 84,1% ($p < 0,05$), что характеризовалось незначительной степенью выраженности симптома либо его непостоянством. При повторной регистрации невротических симптомов, по данным психометрических шкал, общий показатель снижения тревожной симптоматики составил 56,1±5,4%, а депрессивной – 48,6±7,3% ($p < 0,05$). Наибольшее количество клинических и нейрофизиологических респондеров было среди пациентов с сопутствующими тревожными (34,8%) и соматизированными (29%) расстройствами, средние показатели были отмечены у пациентов с сопутствующим ипохондрическим расстройством (18,8%).

Наименьшее количество нейрофизиологических респондеров было среди больных с сопутствующим органическим расстройством личности в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (17,4%).

Выводы. Лечение пациентов с жалобами на субъективный ушной шум должно быть комплексным, с учетом выявленной отиатрической патологии и расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Применение метода БОС-терапии в комплексном лечении данного контингента больных позволяет добиться значительной редукции патологической симптоматики, а также уменьшить медикаментозную нагрузку и снизить число повторных обращений.

УДК 611.852.1:616.283.1-089.843

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИИ ОБЛАСТИ «РЫБОЛОВНОГО КРЮЧКА» (HOOK REGION) НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Янов Ю. К., Кузовков В. Е., Лиленко А. С., Костевич И. В., Сугарова С. Б.

ФБГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

INFLUENCE OF TOPOGRAPHIC ANATOMY OF THE “HOOK REGION” ON COCHLEAR IMPLANTATION SURGICAL TECHNIQUE

Yanov Yu. K., Kuzovkov V. E., Lilenko A. S., Kostevich I. V., Sugarova S. B.

Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech” of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Большой интерес при проведении кохлеарной имплантации представляют область ниши окна улитки и базальный завиток, изгибающийся в трех направлениях (передне-заднем – латерально-медиальном – нижне-верхнем), и которые вместе напоминают рыболовный крючок, вследствие

чего данная область и получила соответствующее название. В последнее время особое внимание уделяется корреляции анатомических особенностей улитки в области «рыболовного крючка» и способов доступа к ней.

Цель исследования. Оптимизация доступа к барабанной лестнице улитки, позволяющая минимизировать повреждение структур внутреннего уха.

Материалы и методы исследования. На 35 препаратах кадаверных височных костей была изучена синтопия области «рыболовного крючка». С помощью системы измерений, предложенной Francesca Atturo и соавторами, получены и проанализированы собственные данные топографического соотношения между окном преддверия и окном улитки, костной спиральной пластинкой и спиральной связкой, позволившие условно разделить весь имеющийся материал на две группы – с «малыми» и «большими» улитками. Далее для оценки возможного хирургического повреждения анатомических структур внутреннего уха в области «рыболовного крючка» при наложении передней, передненижней кохлеостом, расширении окна улитки, а также при вскрытии мембраны окна улитки образцы были разделены на группы в соответствии с методом доставки электрода в улитку.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа полученных данных были выявлены различия в размерах между структурами латеральной стенки области «рыболовного крючка». Также было обнаружено, что расстояние между окном преддверия и окном улитки на разных препаратах отличалось более чем на 1 мм, а расстояние между спиральной связкой и окном улитки также варьировало в достаточно широких пределах.

Среднее расстояние между окном преддверия и окном улитки составило 1,56 мм (диапазон: 1,09–2,35), в то время как между окном преддверия и спиральной связкой – 1,16 мм (диапазон: 0,76–1,76). Средний интервал между передними краями окна преддверия и окна улитки равнялся 3,18 мм (диапазон: 2,28–3,89), а между передним краем окна преддверия и спиральной связкой 2,2 мм (диапазон: 1,71–2,96).

Проведенные измерения позволили выдвинуть гипотезу о том, что повреждение внутриулитковых образований может зависеть от размеров структур области «рыболовного крючка». Далее был проведен анализ повреждения внутриулитковых структур в зависимости от способа доставки активного электрода в барабанную лестницу улитки.

При наложении передней кохлеостомы как в группе «малых», так и в группе «больших» улиток выявлено неизбежное повреждение спиральной связки и вторично латеральной части костной спиральной пластинки во всех образцах. При наложении кохлеостомы над верхним краем окна улитки повреждались спиральная костная пластинка и базилярная мембрана во всех исследуемых случаях.

При наложении передненижней кохлеостомы на образцах с «большими» и «малыми» улитками в 33,3 и 25% образцов соответственно выявлено повреждение только спиральной связки. В 75% случаев с «малыми» улитками отмечено повреждение спиральной связки и вторично костной спиральной пластинки. В 66,7% образцов с «большими» улитками дефектов выявлено не было. Недостатком, по нашему мнению, является и то, что есть риск повреждения водопровода улитки и добавочного канала нижней улитковой вены при более низком наложении кохлеостомы.

При расширении окна улитки производится рассверливание его переднего края, которое сопряжено с риском повреждения водопровода улитки, апертура которого находится за crista fenestrae, и добавочного канала нижней улитковой вены. Также возможно повреждение спиральной связки, вероятность которого зависит от направления сверления. Повреждение водопровода улитки и добавочного канала улитковой вены мы наблюдали в 75% образцов с «малыми» и в 50% с «большими» улитками. В 25% случаев с «малыми» и 16,7% с «большими» улитками отмечено повреждение спиральной связки. В 33,3% образцов с «большими» улитками дефектов внутриулитковых структур выявлено не было.

При введении электрода кохлеарного имплантата через окно улитки повреждения внутриулитковых структур не было выявлено ни в одном из контрольных случаев.

Выводы. Оптимальным вариантом подхода к спиральному каналу улитки является доступ через окно улитки, так как он обеспечивает доставку активного электрода без повреждений структур области «рыболовного крючка».

Анализ расстояния между окнами улитки и преддверия и отнесение строения улитки к группе «больших» или «малых» позволяет прогнозировать тактику доступа к барабанной лестнице улитки в случае невозможности осуществления введения электрода через окно улитки.

При необходимости наложения кохлеостомы риск повреждения внутриулитковых структур в случае «большой» улитки значительно меньше.

Передненижняя кохлеостома является вариантом выбора при невозможности доступа к барабанной лестнице через окно улитки.

УДК 616.322-089.87

РАДИОВОЛНОВАЯ ОБЪЕМНАЯ РЕДУКЦИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

Арнольдов С. В.[1,2], Степанов Е. Н.[2], Алдаев А. С.[1]

[1] Частная ЛОР-клиника, 443008, г. Самара, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», 443099, г. Самара, Россия

RADIOFREGUENCY VOLUME TISSUE REDUCTION OF THE TONSILS

Arnoldov S. V.[1,2], Stepanov E. N.[2], Aldaev A. S.[1]

[1] Private ENT-clinic, Samara, Russia

[2] Samara State Medical University, Samara, Russia

Частыми жалобами пациентов при заболевании миндалин являются запах изо рта, «пробки в лакунах», увеличенный размер миндалин, частые ангины, храп у детей, периодическая боль в горле. Небные миндалины могут быть удалены, частично резецированы или уменьшены в объеме.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты радиоволновой объемной редукции небных миндалин (RF-VTR).

Пациенты и методы исследования. В период с 2011 по 2016 г. в Частной ЛОР-клинике выполнено 286 RF-VTR. Радиочастотное воздействие малотравматично, не сопровождается возникновением рубцов, технически обусловленная стерильность рабочего инструмента позволяет избежать воспалительных осложнений. Лечение выполнялось в амбулаторных условиях, использовалась местная аппликационная (лидокаин 10%) и (или) инфильтрационная анестезии (лидокаин 1%), предоперационная подготовка не требовалась, в последующие 3–5 дней назначались нестероидные противовоспалительные препараты в качестве обезболивающих. Применялся аппарат radioSURG 2200 с частотой 2,2 МГц. Используемая мощность прибора (режим коагуляции) и длительность воздействия регулировались в зависимости от чувствительности пациента и реакции тканей миндалины. Монополярный электрод неглубоко последовательно вводился в лакуны и удерживался до легкого побеления окружающих тканей. Законченным результатом считались равномерное уменьшение и легкое побеление небных миндалин. Среднее время процедуры составило 15 мин. Послеоперационный период длился в среднем 5–7 дней, в течение которых пациенты полностью сохраняли работоспособность, осложнений не наблюдалось.

Результаты исследования. Проведено дистанционное анкетирование пациентов. Срок наблюдения составил от 1 до 4 лет.

Удовлетворенность проведенным лечением в первый год наиболее высокая – 91%, в более поздние сроки постепенно снижается и к четвертому году составляет 78%. В целом решение проблемы, с которой обратились пациенты, в среднем составило 82%.

Выводы. RV-TVR позволяет быстро решить наиболее часто встречающиеся клинические проявления хронического тонзиллита и гипертрофии небных миндалин.

Лечение может выполняться в амбулаторных условиях, с применением местной анестезии, не требует высокой квалификации врача, имеет низкую вероятность кровотечения и хорошо переносится пациентами.

УДК 616.322-002.3:615.37

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПАРАТОНЗИЛЛИТОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Бакулина Л. С., Новосельцева Т. Д., Жданова И. Ю., Ярцев А. И., Матвеева В. Н.

ГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, г. Воронеж, Россия

IMMUNOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH PARATONZILLITIS WITH COMPLEX ANTIOXIDANT THERAPY

Bakulina L. S., Novosel'tseva T. D., Zhdanova I. Yu., Yartsev A. I., Matveeva V. N.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education of Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia

Проблема гнойно-воспалительных заболеваний глотки в оториноларингологии, к которым, в частности, относятся ангина, паратонзиллярный абсцесс, фарингит и т. д., не утратила своей актуальности и в настоящее время. Известно, что развитие паратонзиллярного абсцесса сопровождается иммунологическими расстройствами как на системном, так и на местном уровнях. В то же время используемые при лечении паратонзиллярного абсцесса антибиотики, антигистаминные препараты в большинстве случаев наделены иммуносупрессивными свойствами и усугубляют имеющиеся нарушения иммунного статуса.

Цель исследования. Сравнительная характеристика результатов лечения больных паратонзиллярным абсцессом при традиционной терапии и традиционной терапии в сочетании с антиоксидантной терапией.

Пациенты и методы исследования. Обследован 41 больной паратонзиллярным абсцессом в возрасте от 16 до 65 лет.

Больным паратонзиллярным абсцессом наряду с традиционными оториноларингологическими, клиническими и бактериологическими методами исследования проводились исследования биохимических показателей крови (церулоплазмин), иммунологического статуса, а также содержания продуктов свободно-радикального окисления в сыворотке крови, которое определялось методом хемилюминесценции [калибровка биохемилюминометра производилась на донорах со станции переливания крови ($n = 30$)]. Данный метод предназначен для анализа свободно-радикальных, хемилюминесцентных процессов.

Исследования проводили на первые и седьмые сутки со дня поступления больных в стационар. В первую группу (23 пациента) вошли больные, которые получали традиционную терапию (антибиотики, антигистаминные препараты и местно полоскание горла антисептиками, главным образом фурацилином). Во вторую группу (18 пациентов) вошли больные, которым наряду с традиционной терапией назначалась антиоксидантная терапия (аскорбиновая кислота, унитиол или тиосульфат натрия, альфа-токоферол или витамин А). Лечение больных паратонзиллярным абсцессом в первой группе не только было консервативным, но и включало хирургический метод – вскрытие паратонзиллярного абсцесса или абсцесстонзиллэктомию. Во второй группе вскрытие абсцесса проведено 16 пациентам.

При исследовании иммунологического статуса на первые сутки поступления в стационар у обеих группах больных паратонзиллярным абсцессом наблюдалась активация Т-клеточного звена иммунитета вследствие повышения уровня Т-хелперов, Т-супрессоров, активация фагоцитоза, а также показателя фагоцитарного числа, что соответствовало иммунологическим нарушениям II–III степени. На 7-е сутки пребывания в стационаре у больных первой группы показатели периферической крови, биохимические показатели, показатели содержания продуктов свободнорадикального окисления нормализовались у 58%. Во второй группе их число составило 83%. При анализе иммунологического статуса на 7-е сутки в первой группе переход к I степени иммунологических нарушений наблюдается у 35% больных, во второй группе подобная динамика была выявлена уже у 52% пациентов, что подтверждалось и выраженным клиническим эффектом, а также сокращением пребывания больных в стационаре на 1,2 койко-дня.

Выводы. Для ускорения нормализации процессов свободнорадикального окисления и иммунологического статуса, следовательно, купирования воспалительного процесса у больных паратонзиллярным абсцессом показано включение антиоксидантов в схемы традиционного лечения в качестве существенного дополнения.

Данная методика применения комплекса антиоксидантов является патогенетически обоснованной и позволяет достичь купирования воспалительного процесса в более короткие сроки.

УДК 616.322-002.2-08-039.73

О КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Барышевская Л. А.[1], Владимирова Т. Ю.[1], Лямин А. В.[1], Кондратенко О. В.[1], Великанов А. К.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

[2] ООО «Поликлиника „Медицина“», 443124, г. Самара, Россия

ON THE CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS

Baryshevskaya L. A.[1], Vladimirova T. Yu.[1], Lyamin A. V.[1], Kondratenko O. V.[1], Velikanov A. K.[2]

[1] Samara State Medical University, Samara, Russia

[2] Policlinic «Medicine», Samara, Russia

Хронический тонзиллит остается актуальной проблемой на протяжении многих десятилетий. Несмотря на успехи современной медицины в диагностике и лечении этой патологии, в последние годы отмечено увеличение числа местных осложнений и системных тонзиллогенных заболеваний. В формировании хронического воспалительного процесса участвуют многочисленные факторы, но в то же время уделяется большое значение микрофлоре лакун небных миндалин в развитии данной патологии. Основным методом консервативной терапии хронического тонзиллита считается удаление патологического содержимого из лакун небных миндалин. Для этого традиционно используются два метода: промывание лакун небных миндалин под отрицательным или положительным давлением.

Пациенты и методы исследования. Были обследованы 92 пациента с признаками хронического тонзиллита, которые были разделены на две группы, близкие по возрасту и полу. Основным принципом деления на группы стало наличие признаков декомпенсации хронического тонзиллита или их отсутствие.

В первую группу были включены 79 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет. У всех был выявлен хронический тонзиллит, декомпенсированная форма. Декомпенсация выражалась только в рецидивах ангин, частых ОРЗ с затяжным течением.

Вторую группу составили 13 человек в возрасте от 20 до 24 лет, у которых был выявлен хронический тонзиллит, компенсированная форма. При исследовании микрофлоры лакун миндалин у всех пациентов первой группы была выявлена патогенная флора. У 27 (34,2%) человек обнаружен *Staphylococcus aureus* в сочетании с нормальной орофарингиальной флорой (*Streptococcus oralis, Streptococcus salivarius*). У 36 (45,6%) человек был высеян *S. pyogenes*. Из них у 7 человек выявлена монофлора, у 29 отмечались сочетания с другими патогенами. У 16 (20,2%) человек определялся *S. pneumonia* в комплексе с сапрофитами. Представители как патогенной, так и нормальной микрофлоры определялись в 10^4–10^6 КОЕ/мл.

Вторую группу составили 13 человек в возрасте от 20 до 24 лет, у которых был выявлен хронический тонзиллит, компенсированная форма. Из них у 8 (61,5%) человек выявлен *S. aureus*, только в одном случае это была монофлора, еще в одном – сочетание с нормальной флорой *S. salivarius*; у 6 человек *S. aureus* сочетался со *S. pyogenes* в степенях от третьей до шестой, но во всех этих случаях присутствовали нормальные обитатели глотки. У 1 (7,7%) человека обнаружен *S. pyogenes* в третьей степени вместе со *S. salivarius*, у 4 (30,8%) человек этой группы – нормальная микрофлора *S. oralis, S. salivarius*. Титр у всех 13 обследованных соответствовал 10^3–10^4 КОЕ/мл.

Повторное микробиологическое исследование лакун миндалин проводилось через месяц после окончания десятикратного курса лечения. Считается, что именно за этот период восстанавливается микрофлора. Были получены следующие результаты. В первой группе *S. aureus* обнаруживался у 12 (15,2%) человек, *S. pyogenes* – у 13 (16,4%), *S. pneumonia* – у 3 (3,7%). Не отмечалось сочетания патологической микрофлоры, как это было до лечения. В остальных 51 (64,7%) случае высевалась нормальная орофаренгиальная флора. Вся микрофлора выявлена в титрах до 10^3 КОЕ/мл. Во второй группе *S. aureus* повторно высеян у 1 (7,7%) человека, как и *S. pyogenes* у 1 (7,7%) и *S. pneumonia* – также у 1 (7,7%) в низких титрах. Сочетания с другой патогенной флорой не выявлены. В 8 (61,0%) случаях присутствовала нормальная орофаренгиальная флора. В 2 (15,4%) случаях отмечалось отсутствие роста.

Заключение. Результаты исследования обосновывают необходимость промывания лакун небных миндалин даже при отсутствии патологического содержимого при обнаружении патологической микрофлоры в лакунах миндалин по результатам бактериологического исследования.

Микробиота лакун небных миндалин при различных формах хронического тонзиллита, как правило, включает несколько патогенных видов микроорганизмов из различных групп или их сочетание с нормальной микрофлорой.

УДК 616.322-002.2:615.322

ФИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Владимирова Т. Ю., Родионова С. В., Лямин А. В., Айзенштадт Л. В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

PHYTOTHERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS

Vladimirova T. Yu., Rodionova S. V., Lyamin, A. V., Eisenstadt L. V.

Samara State Medical University, Samara, Russia

Тонзиллярная патология по-прежнему остается актуальной проблемой, что определяется, с одной стороны, ее широкой распространенностью среди населения различных возрастных и социальных групп, с другой – многофакторностью этиологии, сложностью патогенетических механизмов и, как следствие, высокой вероятностью развития серьезных осложнений местного и общего характера. Хронический тонзиллит в этом отношении представляет наибольший практический интерес. Небные миндалины, являясь составным элементом лимфоидного глоточного кольца и структурной единицей MALT-системы, совместно с неспецифическими защитными факторами осуществляют барьерную функцию слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

На амбулаторном приеме пациент диспансерной группы с хроническим тонзиллитом представляет контрольный вариант проверки знаний и умений врача-оториноларинголога и врача первичного звена. В частности, непростым является сам момент постановки диагноза хронического тонзиллита согласно диагностическим критериям, а продолжающаяся дискуссия по вопросу классификации заболевания усложняет выбор лечебных и профилактических мероприятий. В клинических рекомендациях по нозологии прописаны диагностические алгоритмы и лечение с применением активных местных процедур (промывание лакун небных миндалин), проводимых различными способами. В то же время особенность строения небных миндалин, характер заболевания, возраст и мотивированность пациента обосновывают приоритет комплексного лечения с применением комбинированных растительных препаратов, обладающих поликомпонентным действием.

Пациенты и методы исследования. Нами проведен анализ результатов профилактического курса лечения 62 пациентов, находившихся на диспансерном учете в консультативно-диагностическом кабинете Клиник СамГМУ по поводу компенсированной формы хронического тонзиллита. Средний возраст пациентов составил 24,3±0,3 года, длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 3 лет. Пациентам проводили комплексное лечение с использованием промывания лакун небных миндалин под отрицательным давлением 0,02% раствором фурацилина, параллельно был назначен тонзилгон Н в форме драже 3 раза в день. Учитывая данные о влиянии препарата на показатель антиадгезивной активности слюны, в плане оптимизации колонизационной резистентности путем повышения активности буккальных эпителиоцитов и уменьшения риска раздражающего действия препарат на желудочно-кишечный тракт в основной группе (30 человек) нами дополнительно проводились ингаляции с раствором тонзилгона Н в соотношении 1:1 с физиологическим раствором натрия хлорида 1 раз в день. Длительность лечебного курса в обеих группах составила 14 дней. Оценку эффективности применения препарата проводили на основании 5-балльной шкалы оценки жалоб пациентами, а также по результатам микробиологического исследования флоры и чувствительности в мазках из глотки и носа.

До начала лечения пациенты обеих групп чаще отмечали дискомфорт в горле, неприятный запах изо рта, самопроизвольное отхождение гнойных пробок, субфебрильную температуру. В посеве у пациентов основной группы выявлены *S. aureus* (53,3%), *K. pneumonia* (20 %), *St. pyogenes* (6,7%), *E. coli* (6,7%). Интенсивность роста *S. aureus* во всех случаях не превышала 10^4 КОЕ/мл, *K. pneumoniae*, *St. pyogenes*, *E. coli* дали рост на уровне 10^5–10^6 КОЕ/мл. В контрольной группе высевались *S. aureus* (46,6%), *K. pneumonia* (20%), *St. pyogenes* (6,7%). Нужно отметить высокий процент высевания в мазках из носа *S. epidermidis* (73,3% в основной и 66,7% в группе контроля), и отсутствие нормальной орофарингеальной флоры (*Streptococcus oralis, Streptococcus salivarius*), что подтверждает влияние дисбиотических изменений слизистых оболочек на развитие тонзиллярной патологии. После проведенного курса лечения жалобы на отхождение пробок и неприятный запах изо рта исчезли в обеих группах, дискомфорт в горле сохранился у 12 пациентов контрольной группы (7,4%). Результаты бакте-

риологического посева подтверждают динамику субъективного состояния пациентов: в основной группе произошло снижении роста *S. aureus* до 10^2 КОЕ/мл, он высевался только в 6,7%, уменьшилось представительство *K. pneumonia* (13,3%), у 9 пациентов (30,8%) появилась нормальная микрофлора *S. oralis*, *S. salivarius*, титр которых соответствовал 10^3–10^4 КОЕ/мл. В контрольной группе продолжал высеваться *St. pyogenes* (4,8%), а доля *S. aureus* составила 26,6%. Доля *S. epidermidis* в мазках из полости носа значительно снизилась в обеих группах (26,6 и 46,6% соответственно).

Заключение. Таким образом, динамика состояния пациента, микробиоты слизистых оболочек верхних дыхательных путей обосновывает дополнительное использование препарата тонзилгон Н в ингаляционной форме в комплексном лечении компенсированной формы хронического тонзиллита в качестве фактора повышения уровня адаптации пациента.

УДК 616.327.2+616.714.3]-006.31-072.1-053.2-092.11:316.728

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ 34 ЮВЕНИЛЬНЫХ АНГИОФИБРОМ НОСОГЛОТКИ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Ворожцов И. Н., Грачев Н. С., Полев Г. А., Шубин Д. И.

ФГБУ «ННПЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, 117997, Москва, Россия

THE QUALITY OF LIFE AFTER TRANSNASAL ENDOSCOPIC RESECTION OF 34 JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMAS

Vorozhtsov I. N., Grachev N. S., Polev G. A., Shubin D. I.

National Scientific and Practical Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology named after Dmitriy Rogachev, Healthcare Ministry of Russia, Moscow, Russia

Цель исследования. Провести сравнительный анализ качества жизни детей в раннем послеоперационном периоде после эндоскопического удаления ангиофибромы с использованием носовых тампонов и без таковых.

Пациенты и методы исследования. За период с 2013 по 2017 г. в отделении онкологии и детской хирургии ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева нами были обследованы и прооперированы 29 больных (34 операции) с диагнозом ювенильная ангиофиброма носоглотки и основания черепа I–III b стадии по Fisch–Andrews. Из них 13 операций было выполнено первичным пациентам, 21 операция – пациентам, ранее оперированным. За 4-летний период нами было выполнено 8 реопераций (из них 6 после эндоскопического удаления и 2 после открытого доступа). Троим пациентам эндоскопическое удаление выполнено как второй этап операции.

Всем больным было выполнено трансназальное эндоскопическое удаление ювенильной ангиофибомы носоглотки и основания черепа. Исследование было проведено ретроспективно. При сравнительном анализе данных все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 19 пациентов с использованием КАНС (55,88%), во 2-ю группу вошли 15 пациентов (44,12%), у которых КАНС не применялась. Оценка качества жизни проводилась путем анкетирования (анкета-опросник SF 36) до операции, на 3-е и 7-е стуки после, а также анкетирование проводилось по почте спустя 1 и 6 месяцев после хирургического вмешательства. Оценка носового дыхания проводилась путем анкетирования (по шкале NOSE) в аналогичные сроки.

Результаты исследования. Почти всем 15 (78,95%) пациентам из первой группы носовые тампоны не использовались в отличие от 2-й группы, где носовые тампоны не были применены только у 7 (46,67%) пациентов, точный критерий Фишера (двусторонний) $p < 0,05$. При сравнительном анализе данных у всех пациентов 1-й группы уже на 3-и сутки после операции отмечалось улучшение носового дыхания, а на 7-е сутки после операции все 19 (100%) пациентов вошли в зону комфортного носового дыхания (0–25 бал-

лов), точный критерий Фишера (двусторонний) $p < 0,05$. При сравнительном анализе качества жизни в 1-й группе пациентов также наблюдалось улучшение качества жизни как по физическому, так и по психологическому компоненту здоровья уже на 3-и сутки после операции. И достоверная разница в качестве жизни сохранялась между группами на 7-е сутки и спустя 1 месяц после выполненного хирургического лечения, точный критерий Фишера (двусторонний) $p < 0,05$.

Выводы. Использование современных технологий в трансназальной эндоскопической хирургии ювенильной ангиофибромы носоглотки и основания черепа, таких как КТ-навигационная система и холодноплазменный скальпель, снижает длительность хирургического вмешательства, что коррелирует с объемом интраоперационной кровопотери, это, в свою очередь, создает условия для более тщательного удаления всех компонентов опухоли, что позволяет добиться хорошего гемостаза и не требует применения носовых тампонов после операции.

Наличие носового дыхания сразу после пробуждения, а также возможность раннего применения местной противоотечной и антибактериальной терапии способствуют быстрой и более комфортной реабилитации, что опосредованно отражается на качестве носового дыхания и, в свою очередь, благоприятно влияет на качество жизни детей.

УДК 616.321-002.3

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПАРАФАРИНГИТА

Горностаева С. В., Сускина М. С., Кравцова Е. Н.

ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», 185910, г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия

ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи», 185031, г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия

RELEVANCE OF THE PARAPHARYNGITIS PROBLEM

Gornostaeva S. V., Suskina M. S., Kravtsova E. N.

Petrozavodsk State University, Petrozavodsk, Russia

Emergency hospital, Petrozavodsk, Russia

Несмотря на достижения современной медицины, частота случаев тонзиллогенных гнойных осложнений остается по-прежнему высокой.

Самым частым осложнением тонзиллитов является паратонзиллит, диагностика которого не представляет трудностей. Реже встречается парафарингит, клинические признаки которого при первичном осмотре не всегда правильно интерпретируются. Тризм жевательной мускулатуры и выбухание миндалины затрудняют обзор глотки. Классический признак парафарингита – недоступность при пальпации угла нижней челюсти – не всегда выявляется на ранних стадиях. Воспаление в окологлоточном пространстве расценивается как паратонзиллит, в результате диагностической ошибки назначается неадекватный объем терапии.

Анатомическая связь бокового окологлоточного пространства с клетчаточными пространствами шеи и передним средостением обусловливает развитие осложнений парафарингита: глубоких флегмон шеи и медиастинита. Наличие сопутствующей патологии повышает риск развития этих осложнений.

В связи с этим особенно важным является своевременная диагностика как самого парафарингита, так и первых признаков начавшихся осложнений. Наибольшей информативной ценностью в таких ситуациях обладает компьютерная томография.

Цель исследования. Выявление возможных причин возникновения и условий развития осложнений на основании анализа историй болезни пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении больницы скорой медицинской помощи г. Петрозаводска в 2013–2015 гг.

Результаты исследования. За указанный период парафарингит был диагностирован у 41 человека (2% от общего числа пролеченных ЛОР-больных), из них 21 мужчина и 20 женщин. При этом в 2013 г. выявлено 5 случаев, в 2014 г. – 9, в 2015 г. – 27 случаев. Большинство пациентов (76%) были среднего и пожилого возраста (старше 40 лет). В 83% (34 человека) случаев пациенты были госпитализированы в относительно ранние сроки болезни (первые 4–5 суток от начала заболевания), 7 (17%) человек поступили в больницу после 7–10 дней самолечения или лечения у терапевта амбулаторно. При сборе анамнеза у 23 (56,1%) пациентов были выявлены признаки хронического тонзиллита (наличие частых ангин в прошлом, 2 человека ранее перенесли паратонзиллярные абсцессы). У 2 (7,9%) человек парафарингит носил одонтогенный характер (после экстракции нижних третьих моляров). В 39% случаев анамнестически причину парафарингита выявить не удалось.

Помимо общепринятых клинических обследований пациентам было выполнено рентгенологическое исследование. Спиральная компьютерная томография была выполнена 38 (92,7%) пациентам в первые-вторые сутки госпитализации. У 17 (41,5%) пациентов диагностирован парафарингеальный абсцесс, у 24 (58,5%) человек парафарингит протекал в отечно-инфильтративной форме. Все пациенты получали антибактериальную терапию широкого спектра действия. В случаях абсцедирования выполнялось дренирование гнойника.

Осложнения парафарингита развились у 6 человек (14,7%): 4 случая глубокой флегмоны шеи и 2 случая медиастинита; один из пациентов с медиастинитом погиб от аррозивного кровотечения. Все осложненные парафарингиты наблюдались в случаях поздней госпитализации. Кроме того, у 4 человек из этой группы выявлен неблагоприятный исходный соматический статус (сахарный диабет, прием цитостатиков в связи с ревматоидным артритом, злоупотребление алкоголем).

Выводы. Отмечается тенденция увеличения частоты встречаемости парафарингитов. Чаще страдают лица зрелого и пожилого возраста, что, вероятно, обусловлено возрастными изменениями миндалин и соматическим статусом.

Своевременная госпитализация пациентов с подозрением на парафарингит обеспечивает успешный результат лечения и снижает риск развития осложнений.

Применение компьютерной томографии в качестве основного рентгенологического метода диагностики играет важную роль в постановке правильного диагноза в сомнительных ситуациях и способствует раннему выявлению осложнений.

Наличие тонзиллярного анамнеза у пациентов с парафарингитом требует более активного отношения ЛОР-врачей к проблеме хронического тонзиллита как на уровне амбулаторно-поликлинического звена, так и в ЛОР-стационарах.

УДК 616.322+616.346.2]-002:576.8.077.3

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И АППЕНДИКСА

Дворянчиков В. В., Подсвиров В. И., Черныш А. В.

ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

CLINICAL AND PROGNOSTIC ASPECTS OF THE PATHOLOGY OF THE TONSILS AND APPENDIX

Dvoryanchikov V. V., Podsvirov V. I., Chernysh A. V.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Доказано, что система иммунной защиты организма играет если не ключевую, то, несомненно, ведущую роль в возникновении очагов воспаления в организме. Данная работа позволила провести сравнительную характеристику иммунного статуса при патологических процессах в небных миндалинах и аппендиксе (как органе иммунной системы).

Для оценки состояния иммунной системы организма больных с абсолютно разной на первый взгляд этиопатогенетической составляющей необходимо изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета: Т- и В-лимфоциты, циркулирующие иммунные комплексы и иммуноглобулины А, М, G в сыворотке крови.

Цель исследования. Повышение качества диагностики и лечения хронического тонзиллита.

Пациенты и методы исследования. В ходе настоящего исследования был изучен опыт лечения в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова пациентов с хроническим тонзиллитом (25 пациентов), острым аппендицитом (22 пациента) и острым холециститом (19 пациентов) (для контроля группы больных с острой патологией живота). У этих групп больных были исследованы показатели общего иммунитета.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование иммунного статуса проводилось:

1-я группа – больные с хроническим компенсированным тонзиллитом;

2-я группа – больные с декомпенсированным тонзиллитом;

3-я группа – больные через 1 месяц после аппендэктомии;

4-я группа – больные через 1 месяц после приступа острого холецистита.

Результаты исследований показывают достоверное снижение общего иммунного статуса у пациентов первой, второй и третьей групп, которое проявляется угнетением Т-клеточного звена иммунитета у больных всех групп (до CD 3 – 46,78±6,98% в группе больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом), за исключением группы обследованных с острым холециститом (CD 3 – 61,83±6,08%), а также снижением количества хелперов и супрессоров (до CD 4 – 22,28±3,31%; CD 8 – 24,4±4,03% в группе больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом и до CD 4 – 21,58±3,65%; CD 8 – 24,70±4,29% в группе больных острым аппендицитом), что свидетельствует о наличии угнетения иммунного состояния во всех группах обследованных, за исключением группы с острым холециститом (CD 3 – 61,83±6,08%; CD 4 – 43,5±5,2%; CD 8 – 35,27±8,39%). Показатели общего иммунного статуса организма намного больше угнетены ($p < 0,05$) в группе больных декомпенсированным хроническим тонзиллитом (до CD 3 – 46,78±6,98%). Несколько меньше в группе с компенсированным тонзиллитом (до CD 3 – 54,9±4,2%) и острым аппендицитом (до CD 3 – 47,79±7,41%). И практически не страдают в группе больных острым холециститом (остаются на уровне CD 3 – 61,83±6,08%; CD 4 – 43,5±5,2%; CD 8 – 35,27±8,39%; CD 4/ CD 8 – 1,29±0,32; CD 20 – 24,11±7,62%).

При исследовании показателей общего иммунного статуса у обследованных в группе с острым аппендицитом обращают на себя внимание угнетение Т-клеточного звена иммунитета и соответственно снижение хелперно-супрессорного коэффициента, что свидетельствует о наличии подавления иммунной системы у обследованных этой группы.

При исследовании иммунного статуса у обследованных в группе с острым холециститом показатели как клеточного, так и гуморального звена иммунитета сохранили значения в пределах референсного диапазона или были незначительно снижены.

Выводы. Выраженное угнетение иммунного статуса у пациентов с тонзиллярной патологией и патологией червеобразного отростка может указывать на единый механизм развития тонзиллита и аппендицита.

При остром холецистите общий иммунный статус организма практически не страдает, что указывает на отсутствие иммунного компонента в патогенезе желчно-каменной болезни.

УДК 616.322-089.168.1:615.835.5

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Извин А. И.

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, г. Тюмень, Россия

INHALATION THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS AFTER TONSILLETICOMY

Izvin A. I.

Tyumen State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen, Russia

Хронический тонзиллит занимает ведущее место в структуре патологии ЛОРорганов, заболеваемость которым и в настоящее время не имеет отчетливой тенденции к снижению. Радикальным методом лечения данного заболевания является двусторонняя тонзиллэктомия, выполняемая чаще всего классическим способом. Однако в послеоперационном периоде у большинства пациентов возникают отраженные и реактивные явления в виде оталгии, выраженных болей в глотке и фибринозного налета в тонзиллярных нишах, которые ухудшают качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить возможность применения в качестве ингаляционного и местного лечения антимикробного препарата нитрафуранового ряда – фурасола.

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением и лечением находилось 26 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет с хроническим декомпенсированным тонзиллитом (по классификации И. Б. Солдатова, 1975), которым была выполнена под местной анестезией двусторонняя тонзиллэктомия. Пациенты были разделены на две группы (основную и контрольную – 14 и 12 человек соответственно).

Пациентам основной группы в послеоперационном периоде в качестве местного лечения с 3-го дня назначали ингаляции предварительно приготовленным раствором фурасола (регистрационный номер ЛРС-001976/07) один раз в день ежедневно и полоскание полости рта этим же препаратом 2 раза в день. Пациентам контрольной группы назначали только полоскание полости рта 2–3 раза в день раствором фурацилина. Каких-либо других антисептиков и анальгетиков пациентам обеих групп не назначали.

Результаты исследования. Эффективность применяемой терапии оценивали продолжительностью болевого синдрома, температурной реакции и длительностью фибринозного налета в тонзиллярных нишах. В основной группе наблюдаемых пациентов болевой синдром купировался на 3-и сутки, в контрольной группе он сохранялся в течение 6–8 суток. Тонзиллярные ниши очищались от фибринозных налетов в основной группе на 6–7-и сутки, тогда как в контрольной группе они исчезали лишь на 7–10-е сутки. Температурная реакция в виде субфебрилитета сохранялась в обеих группах в течение 3–5 дней.

Более благоприятное течение послеоперационного периода у пациентов основной группы, очевидно, обусловлено тем, что фурасол не только обладает широким спектром антибактериальной активности, но и повышает способность лейкоцитов фагоцитировать микроорганизмы благодаря наличию в данном препарате фуразидина калия, инактивирующего белки бактериальных рибосом. Более того, он не вызывает местного раздражения мягких тканей в послеоперационной ране и слизистой оболочки полости рта, ускоряет репаративные процессы в ране и уменьшает выраженность послеоперационных болей.

Выводы. Фурасол обладает выраженной антибактериальной и противовоспалительной активностью, не вызывает раздражения мягких тканей в послеоперационной ране, не дает побочных эффектов, поэтому может применяться в послеоперационном периоде у больных после удаления миндалин.

УДК 616.327.2-006.31-08(575.3)

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Икромов М. К.

ГУ «Национальный медицинский центр», 734001, г. Душанбе, Республика Таджикистан

OPTIMIZATION OF THE TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF JUVENILE ANGIOFIBROMA OF THE BASE OF THE SKULL

Ikromov M. K.

National Medical Center, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Более 50% доброкачественных новообразований носоглотки приходится на долю юношеской ангиофибромы основания черепа (ЮАОЧ). Она встречается преимущественно у лиц мужского пола. Возраст пациентов с этим диагнозом варьирует от 9 до 25 лет. Склонность опухоли к разрушительному росту и рецидивированиям придает юношеской ангиофиброме весьма злокачественный характер. Основными ранними симптомами этого заболевания являются затруднения носового дыхания и кровотечение из носа.

Хирургическое лечение ЮАОЧ сопровождается профузными интраоперационными кровотечениями из-за ангиоматозного гистологического строения, которое затрудняет обзор операционного поля и удаление опухоли. Это вызывает у ЛОР-врачей тревожное чувство по отношению к исходу заболевания, которое может сопровождаться рецидивами и постгеморрагическими анемиями.

Борьба с интраоперационными кровотечениями и рецидивами заболевания вынуждает оториноларингологов выходить на более эффективный уровень лечения ЮАОЧ. Сюда можно отнести разработку оптимальных доступов в зависимости от объема и распространения опухоли, перевязку наружной сонной артерии на стороне поражения и достижения инновационной технологии (суперселективная эмболизация ветвей наружной сонной артерии, питающих опухоль).

Цель исследования. Оптимизация тактики хирургического вмешательства при ЮАОЧ, обеспечивающего уменьшение интраоперационного кровотечения и радикального удаления опухоли.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением в ЛОР-клинике Национального медицинского центра г. Душанбе в 2000–2016 гг. находились 65 больных с диагнозом ЮАОЧ. По возрасту больных распределили на три группы: 10–14 лет – 8 человек; 15–19 лет – 45 человек; 20–24 года – 12 человек. Основная масса больных пришлась на долю 2-й подгруппы, это люди переходного возраста мужского пола – от 15 до 19 лет.

Всем пациентам были проведены общеклинические анализы: оториноларингологическое обследование, КТ- и МРТ-исследование, а 4 пациентам были проведены РЭГ (реоэнцефалография) в связи с большим распространением опухоли.

В подготовительном периоде в целях улучшения агрегационных механизмов крови больным назначали лекарственные средства в таблетированном виде в течение 5 дней, а накануне операции вечером рекомендовали успокаивающие средства, снотворные или транквилизаторы.

Объем ЮАОЧ оценивали по классификации U. Fish, что соответствовало 1-2-3а-3б стадиям. Из наблюдаемых больных у 8 была обнаружена 1-я стадия, у 41-го – 2-я и у 16 пациентов – 3-я. Из 65 больных 10 пациентов были прооперированы подходом по Муру, 45 больных – через естественные пути (рот и нос), 2 – по Денкеру, 8 больным была проведена щадящая боковая ринотомия.

В целях уменьшения интраоперационного кровотечения и качественного удаления опухоли больным временно перевязывали наружную сонную артерию на стороне поражения. Поэтому всех прооперированных больных мы разделили на две основные клинические группы: 1-я (n = 33) – без предварительной временной перевязки наружной сонной артерии, 2-я (n = 32) – с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии. Оценку эффективности метода в группах давали по двум критериям, это объем кровотечения во время операции и появление рецидивов.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что больные 1-й группы во время операции теряли значительный объем крови – 700–1500 мл, замещение которой происходило переливанием одногруппной эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы. Осложнение в виде постоперационного рецидивирующего носового кровотечения наблюдали у одного человека, которое закончилось перевязкой наружной сонной артерии, у 10 (30%) больных обнаружен рецидив заболевания, проведена реоперация по

удалению опухоли с временной перевязкой наружной сонной артерии на стороне опу-холи.

Кровотечение во время операции у больных 2-й группы было в объеме до 550–650 мл крови, что не требовало переливания компонентов крови. Осложнение в виде профузного носового кровотечения после недельной выписки из стационара наблюдалось у одного больного, который был госпитализирован в экстренном порядке. Больному произведена эндоскопическая ревизия операционного поля, найдена кровоточащая зона в области выхода в носовую полость крылонебной артерии. Кровотечение остановлено монополярным каутером и в/в введены одногруппная эритроцитарная масса и свежезамороженная плазма. У 2 (6,3%) пациентов через год после операции обнаружился рецидив заболевания, оперативное вмешательство проведено под контролем эндоскопа.

Заключение. Хирургическое лечение ЮАОЧ считается очень тяжелой и кровоточивой операцией в структуре патологии ЛОРорганов. Исход операции зависит от правильно выбранной подготовки в предоперационном периоде и от правильно подобранной тактики хирургического вмешательства в зависимости от типа и объема опухоли.

УДК 616.22-008.57:616.8-008.64

СИНДРОМ «КОМ В ГОРЛЕ» – СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫЯВЛЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА И ПАЦИЕНТОВ БЕЗ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Казакова А. А., Романенко С. Г., Резакова Н. В., Гехт А. Б., Лесогорова Е. В.

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева» Департамента здравоохранения Москвы, 115419, Москва, Россия

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

„GLOBUS SENSATION“ – COMPARISON OF RESULTS OF COMPLEX EXAMINATION IN PATIENTS WITH NEUROTIC SPECTRUM DISORDERS AND PATIENTS WITHOUT NEUROTIC PATHOLOGY

Kazakova A. A., Romanenko S. G., Rezakova N. V., Guekht A. B., Lesogorova E. V.

Scientific and Practical Psychoneurological Center named after Z. P. Solovyov Department of Health of Moscow, Moscow, Russia

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

Пациенты и методы исследования. 148 пациентам с комом в горле (КГ) (33 мужчины, 22%, и 115 женщины, 78%) в возрасте от 18 до 65 лет проведено комплексное обследование: общеклиническое и оториноларингологическое обследования, эндовидеоларингостробоскопия, компьютерный акустический анализ голоса, клинико-психологическое тестирование с использованием психометрических шкал: Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) и депрессии (HAM-D), симптоматический самоопросник SCL-90, Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Осмотр психиатра, невролога, гастроэнтеролога, эндокринолога. Регистрация клинических симптомов проводилась с использованием 10-балльных сенсорно-аналоговых шкал (САШ) до начала и после окончания курса терапии.

Результаты исследования. По данным проведенного психолого-психиатрического исследования у 121 пациента (82%) были выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС).

При сравнительном анализе результатов обследования пациентов с выявленными РТДС и па-

циентов без невротической патологии (НП) выявлено: пик заболеваемости у пациентов с РТДС отмечается в возрастных группах от 31 до 40 и от 41 до 50 лет. Длительность проявления симптоматики КГ составила 2,0±1,2 года. Пик заболеваемости у пациентов без НП был зарегистрирован в возрастных группах от 20 до 30 лет и от 41 до 50 лет. Длительность проявления симптоматики КГ в среднем составила 0,3±0,3 года. У пациентов с выявленными РТДС ведущей жалобой было ощущение КГ (инородного тела в горле), сопровождающееся эзофагоспазмом, тревогой и страхом подавиться. Часто отмечались дисфония, желание «сглотнуть» или откашляться, ощущение «пленки или скопления слизи», затруднение при глотании, преимущественно слюны, выраженная канцерофобия, а также жалобы невротического характера. Пациенты без НП, как правило, предъявляли жалобы на ощущение инородного тела в горле, першение в горле, изжогу, сухой кашель, преимущественно в горизонтальном положении, стекание слизи по задней стенке глотки. Жалоба на КГ определялась пациентами (n = 148) как безболезненное ощущение инородного тела в горле, периодического характера, проецирующееся на переднюю поверхность шеи, по средней линии в области проекции щитовидного хряща. Согласно анамнезу пациенты с РТДС (n = 121) отмечали усиление симптоматики на фоне повышения психоэмоционального напряжения, тогда как, у пациентов без НП (n = 27) усиление патологической симптоматики наблюдалось на фоне погрешности в диете, обострения хронического гастрита, рефлюкс-эзофагита, ГЭРБ, во время длительного пребывания в горизонтальном положении (40%). В 30% случаев ощущение КГ локализовалось на уровне линии мягкого неба, в области перехода носоглотки в ротоглотку и было обусловлено синдромом «постназального затека»; в 26% – ощущение КГ носило постоянный односторонний характер и определялось справа или слева от щитовидного хряща либо в области проекции небных миндалин. У данной группы пациентов были выявлены доброкачественные новообразования гортани и гортаноглотки; 2% – Eagle-синдром. У одного пациента – новообразование грушевидного синуса, парез левой половины гортани, что составило 1% от общей ЛОР-патологии. Необходимо отметить, что частота встречаемости функциональной дисфонии (p = 0,035) и неврологических расстройств (p = 0) у пациентов с РТДС достоверно выше по сравнению с пациентами без выявленной невротической патологии НП (31 и 39; 4,8 и 9,5% соответственно). При оценке данных анкетирования достоверно отмечено сохранение показателей в пределах нормальных значений у пациентов без НП (p = 0) по сравнению с данными, полученными у пациентов с РТДС; уровень алекситимии соответствует нормальным значениям (неалекситимический тип личности).

Выводы. Основной целью диагностики при синдроме «кома в горле» является исключение органической патологии органов шеи, в том числе опухолевой природы.

Расстройства тревожно-депрессивного спектра широко распространены среди пациентов с синдромом «ком в горле» (82%).

Доказана высокая диагностическая ценность анкетирования пациентов с КГ в целях скрининга невротической патологии у данной категории пациентов.

УДК 616.311-001.4-092.9:615.849.19

ВЛИЯНИЕ ХИТОЗАНА НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Касаткин А. Н., Кокорина О. В., Дворянчиков В. В.

ФГКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

THE EFFECT OF CHITOSAN ON WOUND HEALING OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

Kasatkin A. N., Kokorina O. V., Dvorjanchikov V. V.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Одной из актуальных проблем мировой медицины являются раны и их заживление. Поиск новых способов улучшения регенерации тканей ведется постоянно, для этого используют различные физические и химические средства, в том числе фармакологические препараты. Уникальный природный биополимер хитозан нашел применение в медицине благодаря своим уникальным свойствам: биосовместимости, способности к биологическому разложению до безвредных продуктов, нетоксичности, физиологической инертности, сродству к белкам, кровоостанавливающему, ранозаживляющему, антибактериальному, фунгистатическому, противоопухолевому свойствам. В доступной нам литературе встречаются единичные публикации о применении препаратов хитозана в оториноларингологии. Поэтому представляет интерес изучение возможности хитозана влиять на процессы заживления ран на слизистой оболочке глотки.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование возможности применения хитозана на рану после тонзиллэктомии, выполненной с использованием хирургического CO_2-лазера.

Экспериментальная модель раны после тонзиллэктомии создавалась на слизистой оболочке внутренней поверхности щек животных с учетом соответствия однотипности слизистого покрова и послойного строения тканей в ранах после тонзиллэктомии. Раны наносились с использованием CO_2-лазера по специальному трафарету округлой формы площадью 19,6 мм^2 на всю толщину слизистой оболочки до мышечного слоя. Исследование проводилось на 20 белых крысах линии Wistar средней массой 210 г, которые содержались и выводились из эксперимента в соответствии с международными рекомендациями и соблюдением принципов гуманного отношения к лабораторным животным.

В первой группе крыс (10 особей) заживление проходило естественным путем (группа сравнения), во второй (10 особей) – ежедневно 2 раза в день на рану наносили хитозан-гель. Забор образцов тканей для исследования производился на 1-, 3-, 7- и 10-е сутки.

В процессе наблюдений за животными обеих групп отмечались существенные различия как в поведенческой активности животных, так и в макро- и микроскопической картинах полнослойных ран. Более активны были крысы из второй группы, на раны которых наносили хитозан: у животных отмечался лучший аппетит, они могли принимать не только мягкую пищу и воду, но и твердую (сухой корм). В послеоперационном периоде в обеих группах отмечался отек мягких тканей щек, более выраженный в первой группе, который значительно уменьшился на 3-и сутки после операции. Характерной особенностью внешнего вида послеоперационной раны с применением хитозана являлся выраженный равномерный слой фибрина.

В группах исследования установлены типовые процессы заживления полнослойных ран, однако имеются различия по срокам и характеру очищения ран, срокам и качеству развития соединительно-тканного и эпителиального регенератов, уровню их дифференцировки, степени выраженности воспалительного процесса. При заживление раны без применения хитозана отмечается некоторое замедление очищения раны, более выраженное проявление воспалительной инфильтрации и продуктивной воспалительной реакции на инородные тела, что определяет нарушение синхронности роста и дифференцировки регенератов, создает предпосылки для рубцевания.

Использование хитозана характеризуется выраженным противовоспалительным действием, ранним (на 7-е сутки) очищением раны от некротических масс. Регенерация и дифференцировка соединительной ткани и эпителия протекают синхронно и полностью завершаются на 10-е сутки эксперимента при отсутствии повреждения эпителия и рубцевания соединительной ткани.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют, что применение геля на основе хитозана позволяет эффективно, в более ранние сроки отграничить раневой процесс, сократить площадь раны и оптимизировать течение раневого процесса.

УДК 611.322:612.118.7:616.322-005.1-089.87

ВЫЯВЛЕНИЕ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КРОВОСНАБЖЕНИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Крюков А. И.[1], Царапкин Г. Ю.[1], Иванчиков А. А.[2], Арзамазов С. Г.[1], Панасов С. А.[1]

[1] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского», Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

[2] Центр МРТ-диагностики «МРТ-СИТИ», 115114, Москва, Россия

IDENTIFICATION OF TOPOGRAPHIC ANATOMICAL FEATURES OF BLOOD SUPPLY TONSILS TO PREVENT BLEEDING DURING TONSILLECTOMY

Kryukov A. I.[1], Tsarapkin G. Yu.[1], Ivanchikov A. A.[2], Arzamazov S. G.[1], Panasov S. A.[1]

[1] Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

[2] MRT-Diagnostics Center MRT-CITY, Moscow, Russia

Двусторонняя тонзиллэктомия является «рутинным» хирургическим вмешательством с отработанной методикой. Одним из частых интра- и послеоперационных осложнений этой операции является кровотечение. В зависимости от источника кровотечения могут быть сосудистыми и паренхиматозными, по характеру – артериальными и венозными, явного и скрытого характера. Частыми источниками кровотечений при тонзиллэктомии являются верхний угол миндаликовой ниши, где близко проходят rr. a. palatinae descendens, средняя треть небной миндалины с rr. a. palatinae ascendens и aa. tonsillaris. К нижнему полюсу небной миндалины прилежат a. lingualis и a. maxillaris. Необходимость остановки кровотечения всегда носит фактический характер, увеличивая объем проведения хирургического вмешательства. Топографо-анатомические особенности взаимоотношений сосудов шеи и небных миндалин описаны в нескольких руководствах по хроническому тонзиллиту (ХТ). В качестве сравнения мы взяли монографию Б. С. Преображенского «Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями» (Медгиз, 1954. С. 19–20), основанную на данных исследования, проведенного И. Д. Булатниковым и опубликованного им в 1915 г. Однако эти данные недостоверны и малоинформативны.

В связи с этим нами разработана оригинальная методика диагностики тонзиллярных сосудов на догоспитальном этапе у пациентов с ХТ, которым показана плановая тонзиллэктомия.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения ХТ и снижение интра- и послеоперационных осложнений тонзиллэктомии посредством проведения оригинального метода диагностики тонзиллярных сосудов в предоперационном периоде.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 109 пациентов (218 небных миндалин) с ХТ токсико-аллергической формы I и II степени, из них 76 женщин и 33 мужчины в возрасте от 15 до 54 лет. Всем пациентам было показано хирургическое лечение ХТ. На догоспитальном этапе всем больным проводили МРТ сосудов головы и шеи на томографе Philips с индукцией поля 1,0 Тл в следующих режимах:

– Survey;
– T2corona;
– STIRaxial;
– 3DI_BTFEaxial;
– 3DPCAcoronal;
– 3DI_BTFEaxial;

Измеряли расстояние (мм) от крупных сосудистых стволов до капсулы небных миндалин.

Результаты. В области верхнего полюса небной миндалины расстояние от a. carotis externa составило 10,14 мм, от a. carotis interna – 16,35 мм, от v. jugularis interna – 27,81 мм. У 3 (5,27%) пациентов в области верхнего полюса была выявлена близко расположенная a. maxillaris – 3,6 мм от капсулы небной миндалины. В области средней трети небной миндали расстояние от a. carotis externa составило 8,8 мм, от a. carotis interna – 16,16 мм, от v. jugularis interna – 22,13 мм. У 8 (14,04 %) пациентов в данной области выявлена a. maxillaris, отстоящая от капсулы небной миндалины на 5,56 мм, у 3 (5,27%) пациентов в области средней трети небной миндалины визуализировалась a. lingualis на расстоянии 5,4 мм от капсулы. Также на этом уровне у 1 (1,75%) пациента выявлена a. occipitalis с одной сторо-

ны на расстоянии 14,2 мм от капсулы небной миндалины, и у того же пациента с двух сторон выявлены aa. tonsillares (1,75 %) на расстоянии 1,2 мм от капсулы небной миндалины. В области нижнего полюса небной миндалины a. carotis externa находилась на расстоянии 10,07 мм от капсулы небной миндалины, a. carotis interna – на расстоянии 16,98 мм, v. jugularis interna – на расстоянии 23,9 мм, у 4 (7,02%) пациентов выявлена a. maxillaris, расположенная на расстоянии 4,45 мм от капсулы небной миндалины и у 3 (5,27%) пациентов на расстоянии 6,3 мм – a. lingualis.

Выводы. Разработанный нами оригинальный метод предоперационной МРТ-диагностики сосудов шеи позволяет выявить сосуды, кровоснабжающие небные миндали, а также расположенные в непосредственной близости от капсулы небной миндалины.

Эти данные, в свою очередь, информируют хирурга о том, что необходимо более щадяще воздействовать на ткани при проведении классической тонзиллэктомии, чтобы снизить развитие интра- и послеоперационных кровотечений.

УДК 616.322.002.2-036.1:616.212+616.216

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кумышева М. М.

ФГКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

FEATURES OF CHRONIC TONSILLITIS WITH VARIOUS PATHOLOGIES OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

Kumysheva M. M.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Хронический тонзиллит – широко распространенное заболевание, что обусловлено не только высокой заболеваемостью, но и отсутствием адекватных профилактических мероприятий, сложностью при определении тактики лечения. При хроническом тонзиллите возникают серьезные заболевания других органов и систем, это в значительной степени ухудшает состояние здоровья как детей, так и взрослых, приводит к инвалидизации. Также это заболевание служит причиной потерь большого количества рабочих дней из-за временной нетрудоспособности, особенно при возникновении обострений и осложнений, нередко серьезных. Все это наносит большой ущерб населению и государству, поэтому вопрос о предупреждении и своевременном лечении хронического тонзиллита имеет большое социальное значение.

Острые и хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух в практической работе врача-оториноларинголога встречаются также часто, сопровождаясь нарушением носового дыхания.

Длительное нарушение носового дыхания из-за наиболее распространенных заболеваний типа искривления перегородки носа, различных форм ринитов, concha bullosa, синехий приводит к плохой вентиляции остиомеотального комплекса и околоносовых пазух, что, в свою очередь, приводит к нарушению дренажа и аэрации их слизистых оболочек. В связи с этим происходит повышение агрессивности патогенных микроорганизмов, снижается мукоцилиарный транспорт, что приводит к синуситам. При заболеваниях околоносовых пазух одним из самых распространенных клинических симптомов являются выделения из носа разного характера. Нередко больные указывают на затекание отделяемого в носоглотку. Стекание воспалительного экссудата из носа в ротоглотку ведет к постоянному инфицированию небных миндалин и развитию хронического тонзиллита или ухудшению его течения.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и профилактики хронического тонзиллита путем изучения влияния патологии полости носа и околоносовых пазух на возникновение и поддержание воспалительного процесса в небных миндалинах.

Пациенты и методы исследования. Нами обследовано 90 человек. Из них с патологией полости носа невоспалительного характера: с вазомоторным ринитом – 30 человек, с искривлением перегородки носа – 20 человек; с патологией воспалительного характера: с острым синуситом – 20 человек, с обострением хронического синусита – 20 человек. А также проведено комплексное обследование 20 лиц контрольной группы (практически здоровые люди). Всем пациентам проводились общеклинические, иммуннологические, ринологические исследования, определялись функциональная активность и функциональный резерв небных миндалин со статистической обработкой полученных данных. После полного обследования пациенты были разделены на группы пациентов с хроническим компенсированным тонзиллитом и хроническим декомпенсированным тонзиллитом. Эти пациенты и составили группы, которые в дальнейшем проходили консервативное и хирургическое лечение. Пациенты с искривлением перегородки носа, вазомоторным ринитом и хроническим тонзиллитом проходили хирургическое лечение в объеме септум-операции и механической дезинтеграции нижних носовых раковин. Контрольное обследование проводили через 14 дней и один год после операции. Пациенты с острым синуситом, обострением хронического синусита и хроническим тонзиллитом проходили консервативное лечение (антибактериальные, антигистаминные, сосудосуживающие препараты, пункции верхнечелюстных пазух, физиотерапевтическое лечение). Контрольное обследование проводили через 14 дней.

Выводы. После оперативных вмешательств по поводу искривления перегородки носа функциональная активность небных миндалин повышается незначительно, можно сказать, не существенно для организма. Но при заболеваниях околоносовых пазух и вазомоторном рините, где основные жалобы пациентов сводятся к наличию отделяемого из полости носа и чувства «стекания» по задней стенке глотки, при купировании симптомов активность миндалин увеличивается. У пациентов с острым синуситом и хроническим тонзиллитом связь этих заболеваний не отмечается.

В связи с незначительными изменениями функциональной активности миндалин после консервативного лечения острого синусита мы сделали вывод, что нецелесообразно полагаться на лечение только синусита при имеющейся патологии небных миндалин. И наоборот, при давнем хроническом процессе в полости носа и околоносовых пазух целесообразно первым этапом лечить верхние дыхательные пути, прежде чем удалять небные миндалины.

УДК 616.323-007.61-089.87-053:6165.849.19

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ ДОСТАВКИ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В НОСОГЛОТКУ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АДЕНОТОМИИ У ВЗРОСЛОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ

Кунельская Н. Л., Царапкин Г. Ю., Арзамазов С. Г., Панасов С. А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамена здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

AN ALTERNATIVE METHOD FOR DELIVERY OF LASER RADIATION TO THE NASOPHARYNX ADENOTOMY WHEN THE ADULT PATIENT POPULATION

Kunel'skaya N. L., Tsarapkin G. Yu., Arzamazov S. G., Panasov S. A.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, 117152, Moscow, Russia

Аденотомия является самой распространенной операцией в детской оториноларингологии. В последнее десятилетие внедрение в широкую практику эндоскопических методов исследования, на наш взгляд, является одной из причин более частого определения аденоидных вегетаций у взрослого контингента больных. Учитывая более выраженную интраоперационную геморрагию и риск развития послеоперационного кровотечения у пациентов старших возрастных групп, целесообразность применения электрофизических методов аденотомии не вызывает сомнений.

Применение гольмиева лазера для проведения аденотомии является оправданным с точки зрения профилактики интра- и послеоперационного кровотечения, однако трансназальная доставка лазерного излучения в носоглотку не всегда позволяет в полном объеме произвести вапоризацию аденоидной ткани. При необходимости удаления аденоидной ткани из труднодоступных областей носоглотки (свод, область устья слуховой трубы, сошник) доставка лазерного излучения может проводиться трансоральным путем, посредством использования проводников для световода Ho: YAG-лазера с различными углами изгиба.

Цель исследования. Определить оптимальные углы изгиба проводника световода гольмиевого лазера для проведения аденотомии трансоральным доступом.

Пациенты и методы исследования. Нами было проведено векторное исследование компьютерных томограмм носоглотки в сагиттальной проекции 90 пациентов с гипертрофией носоглоточной миндалины в возрасте от 18 до 42 лет. Учитывая то, что размеры носоглоточной миндалины подвержены значительным индивидуальным колебаниям (Макарова И. С., 1994, Шишмарева Е. В., 2005), при построении векторов мы придерживались устойчивых анатомических ориентиров исходя из анатомии носоглотки и полости носа. Нами были построены две основные линии: *LK* – проходящая от верхних резцов до нижнего края первого шейного позвонка; *DA* – идущая от передней носовой ости по дну полости носа до переднего шейного позвонка. От точки *M*, места пересечения линии *LK* с мягким небом, нами построены три вектора. Вектор *MA*, проходящий от точки *M* до дочки соприкосновения линии *DA* с задней стенкой глотки. Вектор *MC*, идущий от точки *M* до верхнезаднего края сошника. Вектор *MB*, построенный как биссектриса угла *CMA*.

Результаты исследования. Таким образом, в каждом исследовании мы получали три угла: *LMA*, *LMB*, *LMC*. Полученные значения (в градусах) мы систематизировали и подвергали математической обработке. После проведения статистического анализа мы получили следующие показатели: угол $LMA = 130°$; угол $LMB = 115°$; угол $LMC = 90°$. В дальнейшем, при проведении аденотомии, нами были использованы проводники для световода гольмиевого лазера с вышеуказанными углами изгиба, что позволило произвести абляцию аденоидной ткани в полном объеме, в том числе из труднодоступных областей носоглотки.

Выводы. Доставка лазерного излучения в носоглотку посредством трансорального проводника позволяет выполнить абляцию аденоидной ткани из труднодоступных областей носоглотки. Оптимально использовать проводники с тремя углами изгиба рабочего конца трубки: 130°, 115°, 90°.

УДК 616.321/.322-002.2-079.4

ПРИМЕНЕНИЕ ОБУЧАЮЩЕГО АЛГОРИТМА «ДЕРЕВЬЯ КЛАССИФИКАЦИИ» ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

Мирзоева Е. З., Портенко Г. М., Портенко Е. Г., Шматов Г. П.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь, Россия

ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет», 170026, г. Тверь, Россия

THE APPLICATION OF LEARNING ALGORITHM «TREES OF CLASSIFICATION» TO IMPROVE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CHRONIC TONSILLTIS AND CHRONIC PHARYNGITIS

Mirzoeva E. Z., Portenko G. M., Portenko E. G., Shmatov G. P.

Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

Tver State Technical University, Tver, Russia

В настоящее время дифференциальной диагностике хронического тонзиллита (ХТ) и хронического фарингита (ХФ) посвящено большое количество научных исследований. Разработанные инструментальные и лабораторные методы диагностики данных патологий глотки не нашли широкого применения в клинической практике из-за отсутствия специфичности для одного конкретного заболевания.

Цель исследования. Обосновать методику использования информационно-значимых симптомов хронического тонзиллита и хронического фарингита при их дифференциальной диагностике методом «деревья классификации».

Пациенты и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областная клиническая больница» г. Твери. Обследовано 158 больных: 86 – с диагнозом ХТ [женщин (ж) – 54, мужчин (м) – 32], 72 – с диагнозом ХФ (ж – 46, м – 26). На каждого больного заполнялась разработанная карта обследования по 85 симптомам, включающая жалобы, данные анамнеза, ЛОР-статус, сопутствующую патологию, результаты клинического анализа крови, микрофлоры глотки и вегетативного тонуса. Пациенты проходили комплексное обследование по общепринятым методикам. Разработанный алгоритм структуры исследования по выявлению информационно-значимых симптомов ХТ и ХФ позволил отфильтровать недостоверные симптомы ($p \leq 0,05$) в количестве 36 из 85 и четко определить 49 симптомов, предназначенных для дальней-шей обработки обучающим алгоритмом «деревья классификации», позволяющим отобрать наиболее информационно-значимые симптомы данных патологий глотки. Данный метод – это совершенно прозрачный способ классификации наблюдений, и после обучения он представляется в виде последовательности правил If – then (если …, то …), организованных в виде графического изображения дерева. Достаточно проследовать вниз по дереву, правильно отвечая на вопросы [симптом у больного присутствует (симптом $\geq 0,5$); симптом у больного отсутствует (симптом $< 0,5$)] и в конечном итоге получить ответ (метка класса: ХТ и ХФ) с указанной вероятностью патологии (терминальный узел – узел решения). В качестве вычислительного средства использовался персональный компьютер IBM PC с операционной системой Windows 7. Инструментом аналитического исследования явилась матричная система компьютерной математики и моделирования Matlab R2013b с пакетом программного расширения Statistic Toolbox. Обработка распределенных по категориям информационно-значимых симптомов ХТ и ХФ методом «деревья классификации» показала большой разброс по ошибкам классификации как у женщин, так и у мужчин. Наибольшая ошибка классификации наблюдалась в категориях: «Анамнез» (ж – 28,7%; м – 30,4%); «Сопутствующая патология» (ж – 24,5%; м – 38,3%); «Клинический анализ крови» (ж – 39,4%; м – 43,5%); «Микрофлора глотки» (ж – 38,3%; м – 26,1%); «Вегетативный тонус» (ж – 41,5%; м – 38,3%). Высокая ошибка классификации в этих категориях подтверждает мысль о том, что информационно-значимые симптомы ХТ могут быть обусловлены и ХФ, что доказывает общность и неразделимость патогенеза и симптоматики данных нозологий глотки. Наименьшая ошибка классификации выявлена в таких категориях, как «Жалобы» (ж – 15,8%; м – 12,8%); «ЛОР-

статус» (ж – 11,7%; м – 6, 4%), поэтому они являются наиболее информативными.

Выводы. Оценка информационной значимости симптомов ХТ и ХФ обучающим алгоритмом «деревья классификации» по категориям позволила указать на единый хронический воспалительный процесс глотки ввиду общности информационно-значимых симптомов, что должно находить отражение в диагнозе: хронический тонзиллофарингит (превалирующее поражение небных миндалин – ХТ) или хронический фаринготонзиллит (превалирующее поражение слизистой оболочки глотки – «ХФ»).

Для принятия обоснованного диагностического решения в пользу хронического тонзиллофарингита или хронического фаринготонзиллита как у женщин, так и у мужчин необходимо использовать разработанные «деревья классификации» в категориях «Жалобы» и «ЛОР-статус», что позволит значительно сократить время обследования больного в поликлинических условиях и своевременно приступить к лечению.

УДК 616.31/.32:615.835.5:615.357

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ. ПОЛЬЗА И РИСК

Нестерова К. И., Багишева Н. В., Иващук Е. В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644043, г. Омск, Россия

INHALED GLUCOCORTICOSTEROIDS. BENEFITS AND RISKS

Nesterova K. I., Bagisheva N. V., Ivashchuk E. V.

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

Цель исследования. Изучить возможные варианты поражения тканей ротоглотки и полости рта под влиянием ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС).

Пациенты и методы исследования. Обследовано 80 пациентов (39 мужчин, 41 женщина) в возрасте от 18 до 67 лет, из них 40 человек с бронхиальной астмой (БА), получающих ИГКС (I группа), средний возраст 43±3 года, м/ж = 38/48 и 40 человек без БА (II группа), средний возраст 45±3 года, м/ж = 42/47. Обследование включало общие анализы крови, мочи, мокроты (при ее наличии), R-графии ОГК, бактериологическое и микологическое исследование мокроты; осмотр пульмонологом и стоматологом в динамике.

Для оценки состояния слизистой оболочки ротовой полости, изменений парадонта и твердых тканей зубов использовали показатели парадонтального индекса и индекса КПУ (К – количество кариозных, П – пломбированных, У – удаленных зубов).

Результаты и их обсуждение. Некариозные поражения зубов, не связанные с микробным фактором (клиновидный дефект, эрозии эмали), выявлены у 60,6% пациентов I группы и у 37,9% пациентов II группы ($p < 0,05$). По числу кариозных поражений значимых различий не выявлено (97,5% против 94%, $p > 0,05$). При орофарингоскопии у пациентов с БА обнаружены петехиальные высыпания (58%), отечность языка (30%).

Десквамативный глоссит являлся частым поражением слизистой оболочки языка у пациентов, получавших ИГКС: воспалительно-дистрофические изменения характеризовались образованием гладких ярко-красных очагов с беловатой каймой, трещин и борозд из-за неравномерного отслоения эпителия. В I группе это заболевание встречалось в 10 раз чаще и составило 58% против 5% в группе II ($p < 0,05$).

Сухая форма эксфолиативного хейлита выявлена у 14% обследованных с БА (табл.). Это может быть связано с уменьшением уровня секреции слюны и изменением ее физико-химических свойств под влиянием ИКГС.

Одним из тяжелых осложнений при приеме ИГКС является кандидоз полости рта, который был выявлен у 17,5% пациентов ($n = 7$) I группы и у 2,5% пациентов ($n = 1$) II группы.

Наличие хейлита, глоссита встречалось у пациентов II группы и было связано с плохой гигиеной полости рта или неправильным использованием ИГКС.

ИГКС, особенно при неправильном использовании, вызывает ряд осложнений, наиболее частым из которых является некариозные поражения зубов, эксфолиативный хейтит, кариес и его осложнения, гиперестезия эмали с возможным распространением воспалительных изменений на слизистые верхних дыхательных путей. Все эти эффекты в большей степени выражены при

Таблица

Изменения в полости рта у пациентов с БА и без бронхолегочной патологии (%)

Группа	*n*	КПУ > 20	Некариозные	Гингивит	Пародонтит
БА	40	92,9	60,6	17,6	82,4
Без БА	40	88,8	37,9	54,0	35,6
p	–	>0,1	<0,001	<0,001	<0,001

использовании аэрозольных ИГКС, реже при использовании порошковых ингаляторов.

Заключение. Использование ИГКС в лечении БА повышает вероятность развития хейлита, глоссита, некариозного поражения зубов. Эти поражения носят неспецифический характер и могут быть как с прямым неблагоприятным действием ИГКС на слизистые (развитие грибковой инфекции), так и с несоблюдением правил личной гигиены, усугубившимся нарушением правил использования порошковых и дозированных аэрозольных ингаляторов. Следовательно, контроль со стороны врача первичного звена, осуществляющего лечение пациентов БА, за соблюдением определенных правил при использовании ингаляторов позволит избежать вышеописанных неблагоприятных последствий со стороны слизистой оболочки полости рта и глотки.

Профилактика побочных эффектов ИГКС включает назначение минимальной дозы ИГКС, использование порошковых ингаляторов и спейсеров для аэрозолей, полоскание рта после каждой ингаляции, соблюдение правильной техники ингаляции.

Обучение пациентов БА должно осуществляться врачами всех специальностей (врач общей практики, пульмонолог, оториноларинголог, стоматолог) и направлено на улучшение качества жизни пациентов и минимизацию побочных эффектов лекарственных препаратов.

УДК 616.322-002.2-053.9:576.8.073.3

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Нестерова К. И.[1], Лавренова Г. В.[2], Нестерова А. А.[1], Яременко К. В.[2]

[1] ГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644043, г. Омск, Россия

[2] ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, Россия

FEATURES OF THE MICROBIAL LANDSCAPE IN THE OLDER AGE GROUPS OF PERSONS WITH CHRONIC TONSILLITIS

Nesterova K. I.[1], Lavrenova G. V.[2], Nesterova A. A.[1], Yaremenko K. V.[2]

[1] Omsk State Medical University, Omsk, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Морфофункциональные изменения небных миндалин (НМ) при старении включают сложные приспособительные механизмы и механизмы регулирования репаративной и физиологической регенерации, соответствующие гомеостазу пожилого человека. При этом течение хронического тонзиллита (ХТ) приобретает свои особенности, в том числе и в формировании микробного пейзажа НМ.

Цель исследования. Выявление особенностей биотопа НМ у лиц пожилого возраста.

Пациенты и методы исследования. Проведено бактериологическое исследование отделяемого лакун НМ 65 пациентов (39 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 65 до 73 лет и 120 пациентов молодого и среднего возраста (поровну женщин и мужчин), больных ХТ. Бактериологическое исследование включало определение культу-

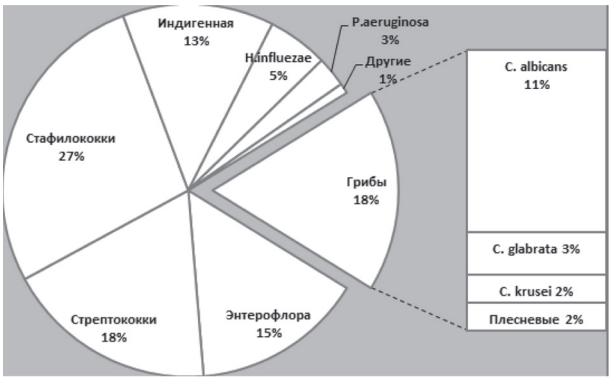


Рис. 1. Распределение микрофлоры лакун небных миндалин при хроническом тонзиллите у пациентов старших возрастных групп.

нахождении бактерий в ассоциациях и в относительном преобладании *P. aeruginosa* в 4,2 раза, *H. influezae* в 1,5 раза, энтерофлоры в 1,7 раза (причем *E. coli* – в 2 раза, а *E. cloacae* – в 7 раз) (рис. 1). Стрептококки, напротив, высевались несколько реже, и среди них практически не встречались *S. pneumonia*, *S. pyogenes*, *S. viridans*, которые в ассоциации с золотистым стафилококком играют роль ведущих патогенов в молодом и среднем возрасте.

Грибковая флора, хотя присутствовала практически в равных долях в различных возрастных группах, имела значительное своеобразие по видовому составу: если у лиц молодого и среднего возраста превалировала *C. albicans*, то у пожилых людей она встречалась в 1,5 раза реже, а *C. glabrata* и *C. krusei* суммарно у них высевались в 4 раза чаще, чем у молодых (рис. 2). Высеянная бактериальная флора имела высокие микробные числа, до 30% всех штаммов были резистентны или слабо чувствительны к антибиотикам.

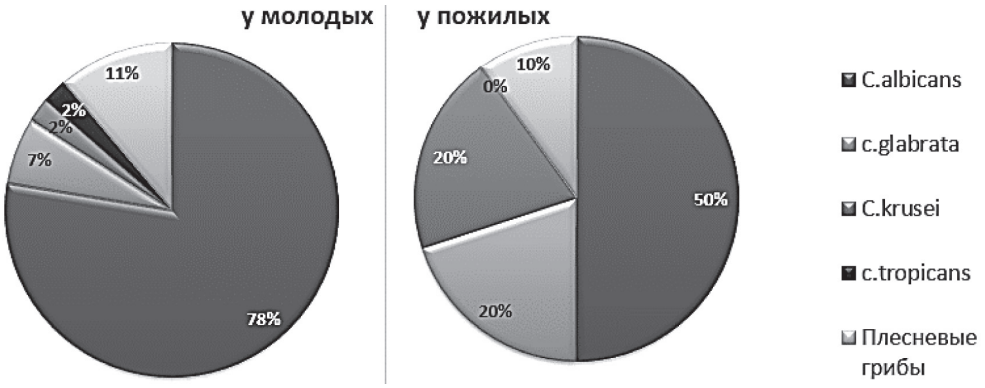


Рис. 2. Сравнительное распределение грибковой флоры небных миндалин у пациентов молодого и пожилого возраста при хроническом тонзиллите.

ральных свойств, таксономического положения, микробного числа и чувствительности к антибиотикам и фагам. Забор материала проводили в соответствии с требованиями приказа № 535 МЗ «Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений» стерильными ватными тампонами на гибких пластиковых зондах. Материал помещали в пробирки с диагностической транспортной средой, направляли в бактериологическую лабораторию, где производили посев на чашки Петри с кровяным мясопептонным агаром.

Результаты и их обсуждение. Бактериологическое исследование лакун НМ показало, что у пациентов старших возрастных групп имеются некоторые особенности микробного пейзажа, которые выражаются в более частом

Заключение. Дисбиоз небных миндалин (НМ) у лиц старших возрастных групп при наличии ХТ проявляется в виде относительного превалирования *P. aeruginosa*, *H. influezae*, энтерофлоры с высоким микробным числом и ограниченным спектром чувствительности к антибиотикам, расширения видового разнообразия грибов за счет *C. glabrata* и *C. krusei* при сокращении доли *C. albicans*, уменьшения количества индигенной флоры.

УДК 616.211/.232-057:674

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РАБОТНИКОВ ДЕРЕВООБРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Петрова Н. Н., Паньшина В. С., Фигуровский А. П., Фанта А. И.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

INCIDENCE OF UPPER RESPIRATORY TRACT IN WOODWORKING ENTERPRISE WORKERS

Petrova N. N., Panshina V. S., Figurovskiy A. P., Fanta A. I.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

К основным производственным факторам, способным оказать неблагоприятное влияние на верхние дыхательные пути (ВДП) работников деревообрабатывающих предприятий, относятся древесная пыль, вредные химические вещества.

Цель исследования. Изучение заболеваемости ВДП рабочих основных технологических профессий деревообрабатывающего предприятия, подвергавшихся воздействию древесной пыли и химических веществ.

Материалы и методы исследования. Нами было обработано 650 медицинских карт работников предприятия, из которых 480 подвергались воздействию указанных выше факторов (основная группа). В группу сравнения вошли 170 работников, на рабочих местах которых отсутствовали древесная пыль, вредные химические вещества и регистрировались комфортные показатели микроклимата.

Установлено, что на всех рабочих местах содержание древесной пыли соответствовало норме по ГН 2.2.5.1313-03, однако запыленность воздушной среды была существенно выше при механизированных процессах распиловки древесины и практически отсутствовала в воздухе изолированных помещений операторских, откуда дистанционно осуществляется автоматизированный технологический процесс. Концентрации основных вредных химических веществ (формальдегида, этиленгликоля, ацетальдегида, бутилацетата, бензола, ацетона, ксилола и других), поступающих в воздух фабрики мебельных компонентов (ФМК) и мебельной фабрики (МФ), на всех рабочих местах соответствовали ПДК.

Результаты исследования. В основной группе заболевания ВДП были выявлены в 12,54% случаев. В группе сравнения у 14,49% обследованных диагностированы заболевания верхних дыхательных путей. Основу заболеваемости ВДП составляли заболевания глотки. Так, в основной группе заболевания глотки составили в зависимости от технологического участка от 59,52% на мебельной фабрике до 91,67% в лесопильном цехе. В группе сравнения также преобладали заболевания глотки (73,15%), заболевания носа выявлены у 18,37% работников. Заболевания носа встречались у работников ФМК в 18,37% случаев и у работников МФ в 28,57%. Структура заболеваний глотки была различна в зависимости от технологического подразделения. Так, у работников лесопильного цеха основной группы почти $^{2}/_{3}$ заболеваний глотки (64,72 %) представлены хроническим фарингитом, а $^{1}/_{3}$ (35,28%) – хроническим тонзиллитом. Такое же соотношение наблюдалось и в группе сравнения: хронический фарингит встречался у 65,0%, а хронический тонзиллит – у 35% работников. В двух других технологических подразделениях (ФМК и МФ) соотношение было противоположным: хронический тонзиллит выявлен почти у $^{2}/_{3}$ работников ФМК (64,86%) и МФ (68,0%).

Заключение. Таким образом, заболеваемость ВДП встречается практически с одинаковой частотой в обеих исследуемых группах. В структуре заболеваемости преобладают заболевания глотки. Наиболее часто хронический тонзиллит встречается у работников фабрики мебельных компонентов и мебельной фабрики. У работников лесопильного цеха наиболее частым заболеванием является хронический фарингит.

Длительное воздействие основных производственных факторов предприятия деревообрабатывающей промышленности может способствовать развитию заболеваний верхних дыхательных путей.

УДК 616.321/.322-002.2:616.523

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ФАРИНГОТОНЗИЛЛИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ГЕРПЕСВИРУСАМИ

Пирогов Н. Н.[1], Портенко Е. Г.[1], Столяров Д. И.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь, Россия

[2] Медицинская клиника «KDLLAB», 170023, г. Тверь, Россия

THE DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR PATIENTS HAVING CHRONIC PHARYNGOTONSILITIS ASSOCIATED WITH HERPES VIRUSES

Pirogov N. N.[1], Portenko E. G.[1], Stolyarov D. I.[2]

[1] Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

[2] Medical Clinic „KDLLAB“, Tver, Russia

Хронический фаринготонзиллит (ХФТ) – является актуальной проблемой ЛОР-патологии. В современной медицине появляется большое количество данных, свидетельствующих о непосредственном влиянии вирусов семейства *Herpesviridae* на развитие и поддержание ХФТ как фактора местного и системного иммунодефицита человека. Учитывая данные последних лет, появилась необходимость в разработке нового подхода к диагностике и контролю лечению данной патологии.

Цель исследования. Разработка алгоритма диагностики и контроля лечения больных хроническим фаринготонзиллитом, ассоциированным с вирусами семейства *Herpesviridae*.

Пациенты и методы исследования. В оториноларингологическом отделении ОКБ г. Твери проходили обследование и лечение 70 больных: 47 женщин и 23 мужчины, в возрасте от 18 до 80 лет. Жалобы, анамнез, локальный статус, сопутствующая патология, анализы пациентов заносили в карту обследования. Постановка диагноза ХФТ осуществлялась на основании жалоб и ЛОР-статуса больных с помощью метода «деревья классификации», разработанного сотрудниками кафедры оториноларингологии Тверского ГМУ. Кроме типовых обследований у данной группы пациентов был взят соскоб эпителия слизистой оболочки задней стенки глотки.

В полученном материале с помощью метода ПЦР-диагностики в режиме реального времени определялось количественное содержание ДНК вируса Эпштейна–Барр (ВЭБ, EBV), цитомегаловируса (ЦМВ, CMV) и вируса герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6, HHS-6). Дополнительно проводился забор крови пациентов для установления индекса авидности IgG к ВЭБ и ЦМВ и количественного содержания IgG к ВГЧ-6. Пациенты с данной нозологией проходили стандартное лечение с назначением противовирусной терапии. Пациентам был предписан визит через 6 месяцев для контрольного определения количественного содержания ДНК первоначально обнаруженного вируса с помощью метода ПЦР-диагностики в режиме реального времени. Полученная информация накапливалась, хранилась и фильтровалась в пользовательской базе данных, размещенной в листах книги табличного процессора Microsoft Exsel 2013.

В 60% случаев больных, у которых был установлен диагноз ХФТ, была обнаружена ДНК герпесвирусов в слизистой оболочке глотки (СОГ). В 97% случаев были обнаружены высокоавидные антитела (АТ) IgG к ВЭБ или ЦМВ, или позитивный уровень АТ IgG к ВГЧ-6. В превалирующем большинстве наблюдений положительная вирусная нагрузка по данным ПЦР исследований коррелировала с позитивными G-антителами на ВГЧ-6, ЦМВ и ВЭБ, что свидетельствует о наличии персистирующей хронической герпетической инфекции слизистой оболочки глотки. Количественная оценка вирусной контаминации слизистой оболочки глотки методом ПЦР-real Time послужила соответствующим критерием контроля эффективности терапии ХФТ с применением противовирусных препаратов. В группе пациентов, у которых отсутствовали рецидивы ХФТ за период наблюдения, через 6 месяцев не были обнаружены ДНК первоначально установленного вируса. В группе пациентов, у которых возникли рецидивы ХФТ за период наблюдения, были повторно обнаружены ДНК первоначально установленного вируса, что послужило поводом для назначения повторной противовирусной терапии.

Выводы. Определение индекса авидности IgG к ВЭБ и ЦМВ, а также уровня IgG к ВГЧ-6 при совместном определении вирусной нагрузки ДНК

соответствующих вирусов методом ПЦР в соскобах слизистой оболочки ротоглотки в режиме реального времени может быть использована для установления стадии течения хронической персистирующей герпетической инфекции, ее влияния на состояние иммунной системы пациента и течение ХФТ.

Количественное определение ДНК ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ-6 методом ПЦР в соскобах слизистой оболочки ротоглотки в режиме реального времени может служить критерием эффективности противовирусной терапии при ХФТ, ассоциированным с хронической герпетической инфекцией при контрольном обследовании.

УДК 616.321-002:616.992.282

КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Чарушин А. О., Еловиков А. М., Чарушина И. П., Воробьева Н. Н.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера» Минздрава России, 614000, г. Пермь, Россия

CANDIDIASIS OF THE MOUTH AND PHARYNX AT DIFFERENT STAGES OF HIV INFECTION

Charushin A. O., Elovikov A. M., Charushina I. P., Vorob'eva N. N.

Perm State Medical University named after academician E. A. Wagner of Ministry of Health of Russia, Perm, Russia

ВИЧ-инфекция является одной из важнейших проблем для здравоохранения Российской Федерации. Уровень заболевания в 2016 году превысил 1 миллион человек (Покровский В. В., 2016). Наиболее распространенным оппортунистическим поражением ЛОРорганов у ВИЧ-инфицированных пациентов является орофарингеальный кандидоз (ОФК), который встречается практически у всех больных на поздних стадиях заболевания.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения орофарингеального кандидоза на разных стадиях ВИЧ-инфекции.

Пациенты и методы исследования. Обследовано 512 ВИЧ-инфицированных больных на поздних стадиях заболевания с ОФК, находившихся на лечении в Пермской краевой клинической инфекционной больнице с 2012 по 2016 г. 4А-стадию болезни (классификация В. И. Покровского, 2001) имели 106 (20,7%) человек, 4Б – 189 (36,9%), 4В-5 – 217 (42,4%) пациентов. Диагноз ОФК устанавливался в результате клинического и микробиологического обследования.

Результаты исследования. Ведущую роль в этиологии ОФК играли микромицеты *C. albicans* (обнаружены у 82,0±1,70% пациентов). Установлены особенности течения грибкового заболевания в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции.

Стадия 4А. Средний уровень CD4+ Т-лимфоцитов – 362 клетки/мкл крови. Преобладали одиночные формы кандидоза – 85,8±3,39% (91 человек). Отсутствовали хронические формы грибкового поражения и кандидозное поражение небных миндалин и задней стенки глотки.

Стадия 4Б. Средний уровень CD4+ Т-лимфоцитов – 154 клетки/мкл. Выявлены как одиночные (60,3%), так и различные комбинации форм ОФК (39,7%). Обнаружены 5 различных 2- и 3-компонентных комбинаций форм ОФК, которые не встречались у больных с 4А-стадией. Наблюдались как острые (39,2%), так и хронические формы ОФК (60,8%). У 9,5±2,1% (18 случаев) больных выявлена хроническая гиперпластическая форма, которая не встречалась у пациентов с 4А-стадией инфекции. В грибковый процесс вовлекались небные миндалины. Признаки тонзилломикоза выявлены у 22 (11,6±2,3%) человек. Грибковый процесс имел более распространенный характер, чем у больных с 4А-стадией. У большинства пациентов налеты располагались не только на слизистой оболочке щек и языке, а также на мягком и твердом небе, деснах, передних небных дужках.

Стадия 4В. Средний уровень CD4+ Т-лимфоцитов – 57 клеток/мкл. Преобладали комбина-

ции клинических форм кандидоза – 83,5±2,52% (181 случай из 217). У подавляющего большинства пациентов (84,3±2,4%) имелись хронические формы ОФК. Грибковое поражение слизистой оболочки имело распространенный характер. У 10,4±2,0% больных выявлено тотальное поражение слизистой оболочки полости рта и глотки, включая небные миндалины и заднюю стенку глотки. Тонзилломикоз установлен в 96,3±1,3% случаев.

Заключение. Выявлены прямые закономерности – при утяжелении течения ВИЧ-инфекции от стадии 4А к стадии 4В и снижении уровня CD4+ Т-лимфоцитов наблюдались:

– увеличение доли пациентов, имеющих комбинации клинических форм ОФК;

– уменьшение количества острых форм ОФК и нарастание хронических;

– увеличение площади поражения слизистой оболочки полости рта и глотки;

– увеличение случаев тонзилломикоза и тотального грибкового поражения полости рта и глотки.

УДК 616.321-007.253

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ СВИЩЕЙ ГЛОТКИ

Шахова Е. Г., Козловская С. Е., Зайцев В. А., Пелих Е. В., Беркалиева Г. П.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, Волгоград, Россия

CLINICAL OBSERVATIONS OF FISTULAS OF THE PHARYNX

Shakhova E. G., Kozlovskaya S. E., Zaytsev V. A., Pelikh E. V., Berkalieva G. P.

Federal state budgetary educational institution of higher professional education «Volgograd state medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation

Свищи глотки – редкая патология. Они могут быть врожденными и приобретенными, формирующимися на фоне воспалительных заболеваний глотки (чаще паратонзиллярных абсцессов). Паратонзиллярный абсцесс развивается у 80–85% больных с паратонзиллитом, если не проведены своевременная диагностика и лечение острого или хронического тонзиллита (ХТ). Причинами паратонзиллярного абсцесса наряду с острым и хроническим тонзиллитом могут быть также инородные тела миндалин, травма небных дужек и паратонзиллярной области, одонтогенная природа в результате распространения инфекции на паратонзиллярную клетчатку из кариозных зубов (чаще 37, 38, 47, 48). Формирование свища глотки из паратонзиллярного пространства является редким осложнением.

Цель исследования. Провести анализ редких клинических случаев свищей глотки различной этиологии.

Пациенты и методы исследования. С 2005 по 2016 г. во взрослом оториноларингологическом отделении ВОКБ № 1 на лечении находились 5 пациентов с диагнозом свищ глотки, женщины в возрасте от 28 до 49 лет.

У 2 женщин свищ сформировался после перенесенного паратонзиллярного абсцесса на фоне хронического тонзиллита. Свищевой ход у обеих пациенток открывался в переднюю небную дужку, длительность заболевания 2 месяца. После плановой тонзиллэктомии с иссечением свища наступило выздоровление.

Внимания заслуживает больная Н., 28 лет. Из анамнеза известно, что с детства страдала хроническим тонзиллитом с частыми обострениями, неоднократно лечилась консервативно. В 27 лет возник паратонзиллярный абсцесс слева, после его дренирования и курса антибактериальной терапии в плановом порядке пациентке по месту жительства выполнили двухстороннюю тонзиллэктомию. Через месяц после операции вновь возник паратонзиллярный абсцесс слева, который рецидивировал, сформировался свищ. При КТ глотки выявили осумкованную полость (2,5×3,0 см), располагающуюся в нижнем паратонзиллярном и парафарингеальном пространстве слева. Больная была направлена на кафедру оториноларингологии Волгоградского ГМУ. Больная жаловалась на боль в глотке справа, дисфагию, постоянный субфебрилитет. При фарингоскопии – состояние после тонзиллэктомии справа, тонзиллотомии слева (сохранены нижний полюс небной миндалины и синус Туртуаля с добавочной долей миндалины в мягком небе). Выраженные рубцы между небными дужка-

ми. Свищ в передней небной дужке, через который при надавливании выделяется гной. Анализы крови – без патологии. Поставлен диагноз: хронический тонзиллит, хронический паратонзиллярный и окологлоточный абсцесс, свищ глотки. Больной под эндотрахеальным наркозом выполнены тонзиллэктомия и иссечение свища с капсулой абсцесса. В послеоперационном периоде пациентка получала антибактериальную терапию, местную и системную терапию. Наступило выздоровление.

В анамнезе заболевания у 2 пациенток были одонтогенные проблемы (кариес 48-го зуба и неправильное прорезывание 38-го зуба с формированием абсцесса), свищи открывались в нижние отделы передней небной дужки, дренирование гноя происходило самопроизвольно. У одной пациентки в анамнезе была тонзиллэктомия в детстве. Длительность заболевания 2 месяца. Проведенная ранее консервативная терапия неэффективна. Под местной анестезией раствором ультракаина 1 : 100 000 произведено иссечение свища, который распространялся в нижнее паратонзиллярное пространство. У одной пациентки иссечение свища произведено с предварительной тонзиллэктомией.

Выводы. Хирургическое лечение свищей глотки является эффективным методом выбора независимо от этиологии процесса.

УДК 616.322-002-036.12-08-039.73

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА БИОНОМ-3

Шульга Е. И.[1], Шульга И. А.[1], Коркмазов М. Ю.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ России, 460000, Оренбург, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ России , 454092, г. Челябинск, Россия

LONG-TERM RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS THE BION – 3.

Shul'ga E. I.[1], Shul'ga I. A.[1], Korkmazov M. Yu.[2]

Orenburg State Medical University Ministry of healthcare of Russia, Orenburg, Russia

South Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Chelyabinsk, Russia

В настоящее время продолжается поиск новых эффективных методов лечения хронического тонзиллита (ХТ), применение которых ведет к снижению частоты рецидивов и улучшению качества жизни пациентов. Внедрение в оториноларингологическую практику щадящих, консервативных методов лечения ХТ, дающих возможность избежать проведения тонзилэктомии, позволяет более рационально подойти к вопросу о лечении ХТ.

В случае, когда небные миндалины удаляются, резко нарушается иммунная защита на регионарном уровне. В три раза увеличивается частота хронических заболеваний носа, в восемь раз – патологии придаточных пазух носа, в двенадцать раз – фарингитов, в десять раз возрастает заболеваемость ОРЗ (Земсков А. М., 1994).

В этой связи большой интерес представляют препараты-пробиотики пробиотических культур, обладающих широким спектром антагонистической активности в отношении патогенных и условно-патогенных бактерий, а также способных оказать комплексное лечебно-оздоровительное действие на весь организм. Примером адекватной комбинации пробиотиков является препарат Бион-3.

Цель исследования. Оценка отдаленных (6 месяцев) клинических результатов в лечении декомпенсированной формы ХТ после лечения препаратом Бион-3.

В соответствии с полученными данными, лица, получавшие Бион-3 (37 больных), были разделены на три группы по эффективности лечения.

Первая группа – 27 человек – эффект от проведенного лечения заключается в полном отсутствии рецидива заболевания, субфебрилитета, отсутствии болей в суставах, сердце, повышении работоспособности, улучшении сна и работоспособности кишечника (восстановление регулярного стула, его консистенции, ликвидация запоров, которые периодически отмечались до лечения Бионом-3). Больные в этой группе отмечали в 25,9% случаев однократные ОРЗ, которые протекали с катаральными проявлениями, но без повышения температуры тела по сравнению с периодом до лечения Бионом-3.

Анализируя группу лиц, не получавших Бион-3, которым проводилась только традиционная противорецидивная терапия, установлено, что клинические показатели были значительно хуже. Рецидив заболевания констатировали в 57,1% случаев, субфебрилитет – в 50%, летучие боли в суставах, боли в сердце – в 42,8% случаев. Заболеваемость ОРЗ в этой группе составила 85,7%. Эпизоды ОРЗ протекали с повышением температуры до субфебрильных цифр. Улучшение сна отмечалось у 28, 5%, повышение работоспособности – 28,5%, отсутствие запаха изо рта – у 21,4% и улучшение работы кишечника – у 7,14%, (восстановление регулярного стула, ликвидация запоров).

Расчет критериев риска пользы – вреда свидетельствует, что назначение Биона-3 снижает риск рецидива ангин в 4,2 раза.

Анализируя второю группу, где отмечен средний эффект от лечения ХТ Бионом-3, необходимо отметить отсутствие рецидива заболевания, летучих болей в суставах, сердце, улучшение сна. В 14,2 случая повышение работоспособности, но при этом у всех пациентов данной подгруппы в 100% отмечали сохранившийся запах изо рта, в 71,4% – субфебрилитет, улучшение работоспособности кишечника (ликвидация запоров) – в 14,2%. Перенесенные в 100% ОРЗ протекали короче на 3 ± 1 день нетрудоспособности.

В группе неполучавших Бион-3 рецидив ангин отмечен в 62,5% ($p < 0,05$), субфебрилитет сохранился в 87,5%, летучие боли в суставах, боли в сердце – в 50% ($p < 0,05$), запах изо рта – в 100%, улучшение работы кишечника – в 25% ($p < 0,05$). У всех пациентов контрольной группы регистрировались ОРЗ (отмечены в 100% случаев, причем выраженность сохранилась как до, так и после лечения). Сохранилась клиника боли при глотании, налет на миндалинах, при обострении фебрильная температура. Длительность ангин была аналогичной, как и до лечения, составляла в среднем $6,0 \pm 2,3$ дня нетрудоспособности.

В третьей группе, где отмечен низкий эффект от лечения ХТ Бионом-3 показали в 100% случаев рецидив заболевания, в 100% – перенесенное ОРЗ, в 100% – сохранившийся запах изо рта, сохранившийся субфебрилитет в 66%, отсутствие работоспособности и ухудшение сна. В этой группе больных ХТ, не получивших Бион-3, результаты были значительно хуже.

Выводы. Установлено, что в 72,9% сохранялся эффект от лечения ХТ Бионом-3 в течение 6 месяцев, что позволяет рекомендовать его в качестве лечения и реабилитационных мероприятий при консервативном лечении декомпенсированной формы хронического тонзиллита.

Использование пробиотика Бион-3 в комплексном лечении декомпенсированной формы ХТ позволяет значительно сократить рецидивы заболевания, снять явления интоксикации (субфебрилитет, боли в суставах, сердце, отсутствие запаха изо рта), повысить общую работоспособность, улучшить сон и работу кишечника, что предупреждает хирургические методы лечения ХТ и может быть рекомендовано как метод выбора в его лечении.

УДК 616.322-002.2-08-039.73

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Юркин С. А.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь, Россия

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS

Yurkin S. A.

Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

Цель исследования. Совершенствование консервативного лечения хронического тонзиллита (ХТ).

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 24 пациента с компенсированной формой ХТ в возрасте от 18 до 43 лет (мужчин – 7, женщин – 17). Всем было проведено клиническое и бактериологическое обследование. Из жалоб больных чаще беспокоили неприятный запах изо рта, наличие пробок, чувство дискомфорта и периодические боли в горле. Из местных признаков ХТ чаще отмечались: спаянность с дужками, гнойные пробки в лакунах, зияние устьев лакун, признаки Преображенского и Гизе.

Больные с учетом принципов рандомизации были разделены на две группы по 12 человек. Пациенты обеих групп получали ежедневное промывание лакун миндалин 0,5% раствором диоксидина с последующим фонофорезом сакридермом ГК (экспозиция 20 с) аппаратом «Тонзиллор». Количество процедур – 10.

Кроме этого, больные ежедневно принимали внутрь тонзилгон Н по 50 капель жидкого экстракта 3 раза в день. Перед проглатыванием препарат должен находиться во рту 30–60 с. В состав препарата тонзилгон Н входят экстракты цветов ромашки, корня алтея, травы хвоща, коры дуба, травы тысячелистника, листьев грецкого ореха, травы одуванчика.

В связи с этим тонзилгон Н обладает противовоспалительным, антисептическим действием, способствует повышению активности неспецифических факторов защиты организма, а также обладает противовирусной активностью, уменьшает отек слизистой оболочки и снижает болевые ощущения.

Больным первой группы промывание лакун производили с помощью канюли, предназначенной для катетеризации основной пазухи, которая благодаря меньшему диаметру легко проникает в любую лакуну. Пациентам второй группы лакуны промывали из стандартного шприца для промывания лакун.

Результаты и обсуждение. В обеих группах больных достигнуто клиническое улучшение: прекратились неприятные ощущения в глотке, уменьшились отек миндалин и зияние устьев лакун, перестали выделяться гнойные пробки. У больных первой группы клинический эффект достигнут после проведения в среднем $3,7 \pm 0,6$ ($p < 0,1$) процедур, а у больных второй группы – после $5,4 \pm 0,7$ ($p < 0,5$) процедур. Более быстрый положительный результат лечения в первой группе больных можно объяснить лучшими возможностями принудительного дренирования лакун миндалин с помощью тонкой канюли. Канюлю стандартного шприца для промывания лакун не удается вставить в узкие лакуны, а вставленная в широкую лакуну она может блокировать ее устье, препятствуя обратному току жидкости вместе с гнойными пробками.

Выводы. Промывание лакун миндалин 0,5% раствором диоксидина в сочетании с фонофорезом с акридермом ГК аппаратом «Тонзиллор» и приемом внутрь жидкого экстракта препарата тонзилгон Н является эффективным способом лечения компенсированной формы хронического тонзиллита.

Использование для промывания лакун миндалин канюли, предназначенной для катетеризации основной пазухи, более эффективно благодаря ее меньшему диаметру по сравнению со стандартной канюлей.

УДК 617.764.6-002-08.039.73

КОНСЕРВАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ

Абдулкеримов Х. Т., Абдулкеримов З. Х., Рудзевич А. В., Абдулкеримов Т. Х.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, 620028, Екатеринбург, Россия

МАУЗ «Городская клиническая больница № 40», 620102, Екатеринбург, Россия

CONSERVATIVE TREATMENT OF NASAL OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH LACRIMAL SYSTEM DISEASES

Abdulkerimov Kh. T., Abdulkerimov Z. Kh., Rudzevich A. V., Abdulkerimov T. Kh.

Ural State Medical University of the Ministry of the Russian Federation, Ekaterinburg, Russia

City Clinical Hospital N 40, Ekaterinburg, Russia

Слезотечение является наиболее частой жалобой у пациентов с заболеваниями слезных путей, которую предъявляют от 6 до 25% всех офтальмологических больных (Черкунов Б. Ф., 2001; Абдулкеримов Х. Т., 2005, 2009, 2016 и др.).

Несмотря на многовековой опыт лечения, патология слезоотводящих путей по-прежнему остается исключительно актуальной и важной проблемой как в офтальмологии, так и в оториноларингологии.

Хирургическое лечение дакриоциститов при этом является превалирующим. Существует множество вариантов вмешательств с экстра- и эндоназальными доступами с формированием стойкого соустья слезно-носового канала с полостью носа (Toti E., 1904; West J., 1910; Dupuy-Dutemps J., Bourget J., 1921; Бокштейн Ф. С., 1929; Краснов М. М., Белоглазов В. Г., 1987; Пальчун В. Т., Магомедов М. М., 2001; Катаев М. Г., 2005, Абдулкеримов Х. Т., 2005, 2009, 2016; и др.). Несмотря на это, проблема еще далека от решения. Кроме того, до хирургического лечения, подавляющее большинство пациентов данной категории имеют в анамнезе неоднократно проведенные бужирования слезных канальцев (верхний и нижний). Эти манипуляции в последующем нередко приводят к образованию концентрических рубцов в слезных канальцах с нарушением доставки слезной жидкости в слезный мешок.

Следует заметить, что у подавляющего большинства пациентов с патологией слезопроводящего аппарата выявлены нарушения гиперреактивности слизистой полости носа в виде ангионевротического отека слизистой полости носа и нижних носовых раковин, а также различные гипертрофические процессы в полости носа с нарушением архитектоники.

Цель исследования. Снижение ангионевротического отека слизистой оболочки полости носа и носовых раковин у пациентов, перенесших хирургические вмешательства на слезных путях динамической коррекцией симпатической нервной системы (ДКСНС).

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 26 пациентов с хроническим дакриоциститом, из них 10 женщин и 16 мужчин. Всем им было выполнено хирургическое вмешательство в объеме эндоназальной эндовидеоскопической каналикулодакриоцисториностомии. Предоперационное обследование включало весь необходимый диагностический минимум. По данным видеоэндоскопии полости носа у всех пациентов визуализировались изменения слизистой оболочки носа и нижних носовых раковин в виде ангионевротического отека, который усиливался в послеоперационном периоде.

Наблюдаемые нами в послеоперационном периоде пациенты были разделены на две группы.

В первой группе – 8 пациентов, которым выполнена операция с послеоперационным ведением по классической схеме (в течение 1–2 дней вновь воссозданный слезно-носовой путь промывали через слезные канальцы растворами анти-

септиков, назначали глазные капли, а также осуществляли туалет полости носа с анемизацией слизистой оболочки под контролем эндоскопа).

Во второй группе – 18 пациентов, которым при классической схеме послеоперационного ведения выполняли динамическую коррекцию симпатической нервной системы (ДКСНС) аппаратом «Симпатокор-01» в качестве физиотерапии (классическая схема ведения, дополненная 5 процедурами ДКСНС).

У всех пациентов после операции проходимость слезных путей была восстановлена, были выписаны в удовлетворительном состоянии, однако по данным эндовидеоскопического контроля у пациентов из второй группы сроки восстановления были сокращены вдвое (за счет быстрого уменьшения ангионевротического отека слизистой оболдочки полости носа уже на 2-е сутки после операции). Сроки наблюдения – от 2 месяцев до 2 лет. При динамическом наблюдении в течение этого времени полученный лечебный эффект сохранился у всех пациентов.

Заключение. Применение динамической коррекции симпатической нервной системы (ДКСНС) у больных с патологией слезных путей, перенесших хирургическое вмешательство, значительно сокращает сроки госпитализации, улучшает восстановительные процессы в полости носа, а также значительно укорачивает реабилитационный период.

УДК 616.211-009.86:616.839.1:615.837

ПРИМЕНЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Абдулкеримов Х. Т., Абдулкеримов З. Х., Рудзевич А. В., Карташова К. И., Абдулкеримов Т. Х.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, 620028, Екатеринбург, Россия

МАУЗ «Городская клиническая больница № 40», 620102, Екатеринбург, Россия

DYNAMIC CORRECTION OF ACTIVITY THE SYMPATHETIC NERVOUS SYSTEM IN THE TREATMENT OF CHRONIC VASOMOTOR RHINITIS

Abdulkerimov Kh. T., Abdulkerimov Z. Kh., Rudzevich A. V., Kartashova K. I., Abdulkerimov T. Kh.

Ural State Medical University of the Ministry of the Russian Federation, Ekaterinburg, Russia

City Clinical Hospital N 40, Ekaterinburg, Russia

Несмотря на широкое применение хирургических методик, которые зарекомендовали себя в качестве решения проблемы вазомоторного ринита, существуют альтернативные варианты исключения этой проблемы из списка наиболее актуальных и часто встречающихся патологических состояний в оториноларингологии.

Одним из таких альтернативных методов лечения вазомоторного ринита является динамическая коррекция активности симпатической нервной системы (ДКАСНС), которая влияет на возникновение вазомоторного ринита.

Основными преимуществами метода ДКАСНС в сравнении с хирургическими методами лечения являются:

1) объект воздействия – симпатический отдел вегетативной нервной системы (воздействие на причину возникновения вазомоторного ринита);

2) неинвазивность методики (исключение механической травматизации);

3) процесс лечения не требует госпитализации в стационар, не требует анестезиологического пособия, позволяет существенно снизить расходы ЛПУ и повысить его работоспособность (сохранение койко-места в стационаре);

4) отсутствие болевого синдрома в момент проведения и после проведения процедуры; отсутствие свойственных хирургическим методам реактивных явлений в виде локального воспаления (послеоперационный период) и рубцовых изменений мягких тканей;

5) результаты лечения соответствуют результатам хирургической коррекции, но при этом отсутствуют возможные послеоперационные осложнения (послеоперационные кровотечения, атрофический ринит и др.).

Все эти преимущества характеризуют технический результат заявляемого изобретения.

Для реализации данной методики использовался аппарат «Симпатокор-01», который разработан в 1997 г. и обновлен в 2000 г.

Сущность способа заключается в дозированном чрескожном воздействии низкочастотным вращающимся пространственно-распределенном полем монополярных электрических импульсов тока (ФВП) в проекции одного из шейных (звездчатых) ганглиев симпатических стволов вегетативной нервной системы (ВНС) в течение 5 мин, паузы в течение 5 мин и воздействия ФВП в проекции другого из ганглиев также в течение 5 мин.

В целях оптимизации и повышения эффективности лечебного процесса до лечения производят комплексное обследование: определение функционального состояния верхних дыхательных путей за счет выполнения риноманометрии и определения функции внешнего дыхания (ФВД), а также исследование состояния вегетативной нервной системы путем выявления вегетативного индекса Кердо (ВИК) и регистрации вариабельности сердечного ритма (ВСР) с помощью кардиоинтервалографии.

После завершения курса лечения (всего от 3 до 7 процедур) в целях контроля и интерпретации результатов указанный ранее комплекс обследований повторяется.

Лечебный эффект достигается в результате ответа симпатического отдела ВНС на воздействие (регуляция тонуса ВНС) в улучшении вертебробазилярного кровотока, регрессию воспалительного процесса и оптимизацию состояния сосудистого тонуса мягких тканей полости носа, что в конечном счете приводит к уменьшению гиперреактивности верхних дыхательных путей.

УДК 616.216-006.31

О ПРИЧИНАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПНЕВМОСИНУСА

Абраменко М. А., Пискунов И. С., Пискунов В. С.

ГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305007, г. Курск, Россия

TO THE QUESTION ABOUT THE CAUSES OF PNEVMOSINUS

Abramenko M. A., Piskunov I. S., Piskunov V. S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Впервые состояние, заключавшееся в чрезмерном развитии лобных пазух, описал C. E. Benjamins (1918), который назвал эту патологию pneumosinus dilatans и определил основные критерии, характеризующие ее.

Пневмосинус – это экспансия наполненных воздухом пазух, сопровождающаяся увеличением размеров не только самих синусов, но и костей, их содержащих, без изменения слизистой оболочки и с сохранением межпазушных перегородок.

Патологический процесс, сопровождающийся уменьшением в объеме головного мозга, может сопровождаться изменениями костей черепа.

Причины возникновения пневмосинуса (по A. Martin, J. Jarosz, N. Thomas, 2001):

– идиопатическая;

– связанная с заболеванием, локализующимся в анатомической области, прилежащей к кости (менингиомой, арахноидальной кистой и т. д.);

– обусловленная ex-vacuo феноменом (связанный с потерей объема мозгового вещества и внутричерепной гипотензией).

Цель исследования. Установить возможные причины возникновения и формирования избыточно пневматизированных околоносовых пазух и их связь с патологическими изменениями головного мозга, развивающимися вследствие внутричерепных процессов в раннем возрасте.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ результатов компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга и околоносовых пазух (ОП) у пациентов, прошедших исследование в отделении компьютерной томографии ОКБ г. Курска за 1996–2015 гг. Всего были проанализированы результаты исследования 18 368 пациентов, большинству из которых (78,8%) томография выполнялась по поводу предполагаемой патологии головного мозга.

В ходе исследования была выделена группа пациентов, состоящая из 49 человек, у которых патология головного мозга сочеталась с чрезмерным развитием околоносовых пазух (лобных, клиновидных и решетчатых) и воздухоносных ячеек височной кости.

Во всех этих случаях имеющаяся патология мозга сопровождалась объемным уменьшением либо всего полушария, либо его части, контактирующей с соответствующей ОНП.

В группе пациентов было 32 мужчины (65,3%), 17 женщин (34,7%). Распределение больных по возрасту на момент проведения исследования было следующим: до 10 лет – 17 человек, 11–20 лет – 14 человек, 21 – 30 лет – 10 человек, 31–40 лет – 6 человек, старше 40 лет – 2 человека.

Результаты исследования. У значительной части из них (36 человек) имелась достоверная информация (по данным анамнеза, результатам предыдущих КТ и МРТ, а также по характеру патологии) о том, что патологию головного мозга они приобрели в раннем детстве. В этих случаях возраст возникновения патологии головного мозга варьировал от перинатального периода до 5 лет 8 месяцев жизни. У 24 из них имелись результаты КТ или МРТ в динамике, от 1 года до 15 лет, и во всех этих случаях отмечалось постепенное одностороннее асимметричное увеличение в объеме воздухсодержащих структур черепа (клиновидной, лобной пазух, клеток решетчатой и височной костей) на стороне поражения головного мозга. Помимо увеличения в объеме ОНП, наблюдались асимметрия черепа и локальные изменения костей в виде их утолщения или истончения.

Гипергенезия околоносовых синусов сочеталась со следующими поражениями головного мозга:

– ликворные кисты – 14 человек;

– гемиатрофия полушария (или локально какой – либо доли), вызванная различными причинами – 13 человек;

– врожденная порэнцефалия – 10 человек;

– мультикистозная энцефаломаляция – 4 человека;

– синдром Sturge-Weber – 3 человека;

– опухоль головного мозга – 1 человек;

– фиброзная дисплазия костей черепа – 2 человека;

– сочетанные врожденные аномалии (узловая гетеротопия серого вещества, фокальная корковая дисплазия, лисэнцефалия) – 2 человека.

Уменьшение объема полушария мозга у больных вследствие перенесенного в раннем детском возрасте внутричерепного патологического процесса сочеталось с общей асимметрией черепа, нарушением развития костей черепа, непосредственно контактирующих с измененным отделом мозга, и формированием избыточно пневматизированных синусов соответствующей стороны.

Выводы. Патология головного мозга, сопровождающаяся объемным уменьшением полушария или какой-либо его доли, контактирующей с околоносовыми пазухами, может являться причиной возникновения пневмосинуса.

Развитие головного мозга в детском возрасте влияет на развитие костей черепа и формирующихся в них воздушных полостей.

УДК 616.211-089.81-072.1(571.122)

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РИНОХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Алибеков И. М.[1,2], Фатахова М. Т.[1],Чумак К. С.[1,2], Москалев В. А.[3], Калядина О. В.[2], Гаджимуратова А. А.[2]

[1] БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», 628412, г. Сургут, Россия

[2] БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3», 628408, г. Сургут, Россия

[3] БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», 628408, г. Сургут, Россия

MODERN RHINOSURGERY'S POSSIBILITIES IN CONDITIONS DAY HOSPITAL

Alibekov I. M[1,2], Fatakhova M. T.[1], Chumak K. C.1,2, Moskalev V. A.3, Kalyadina O. B.[2], Gadzhimuratova A. A.[2]

[1] Surgut State university, Surgut Russia

[2] Surgut city clinical out-patient department N 3, Surgut, Russia

[3] Surgut district Hospital, Surgut, Russia

Одним из перспективных направлений современной российской медицины является расширение внебольничной квалифицированной, специализированной хирургической помощи за счет внедрения современных прогрессивных технологий в амбулаторных условиях.

Возможности амбулаторной оперативной оториноларингологии на современном этапе развития здравоохранения все чаще обсуждаются специалистами.

Внедрение в практику современных безопасных методик при ринологической патологии открывает превосходную возможность для оториноларингологов не только наблюдать патологические процессы в самых глубоких отделах полости носа через монитор, но и проводить точное воздействие на разные отделы носа, выбирая способ воздействия в зависимости от характера патологии.

Эндоскопический метод позволяет под визуальным контролем взять материал на исследование безболезненно, практически не травмируя здоровую ткань.

В климатических условиях Севера частота заболеваемости верхних дыхательных путей в г. Сургуте и ХМАО составляет 70–75% (болезни носа и околоносовых пазух в 2010 году составляли 4,8, по России – 2,7).

Цель исследования. Внедрить в практику современные безопасные малоинвазивные методы лечения для пациентов с патологией носа и околоносовых пазух.

Пациенты и методы исследования. Проведено клиническое наблюдение более 2018 риногических пациентов за 2010–2016 гг., оперированных в дневном стационаре Сургутской городской клинической поликлиники № 3.

Данный дневной стационар оснащен современным оборудованием, включающим микроскоп, радиоволновый аппарат «Сургитрон», эндоскопы с эндоскопической стойкой, отвечающим современным требованиям к операционным блокам и палатам для наблюдения за больными.

В силу специфики амбулаторной хирургии проводились тщательный отбор больных на операцию, предоперационное обследование и медикаментозная подготовка.

Использование щадящих методов оперативных вмешательств, малотравматичных эндоназальных подходов позволяет максимально сохранить здоровую слизистую оболочку полости носа и пазух, анатомию ЛОРорганов.

Все пролеченные нами пациенты, как правило, не отмечали болевых ощущений во время операции, в связи с чем отсутствовала негативная реакция на боль, операции проходили в спокойной обстановке. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Реактивные явления исчезали в течение 3–5 дней. Болевые ощущения в день операции были значительно меньше, чем при других операциях.

Выводы. Применение малоинвазивных эндоскопических методов позволяет выполнить:

– симультанные операции, что невозможно выполнить по стандартной методике, особенно в амбулаторных условиях;

– точечное качественное воздействие на операционное поле.

УДК 616.216.1-002-006.5:572.7

КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Ачба Р. Р., Мельник А. М., Дворянчиков В. В.

ФГКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

QUALITATIVE AND QUANTITATIVE ASSESSMENT OF MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE MUCOSA IN PATIENTS WITH CHRONIC POLIPOUS RHINOSINUSITIS

Achba R. R., Mel'nik A. M., Dvoryanchikov V. V.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

В данном исследовании проводилось качественное выявление клеток АПУД-системы – нейроэндокринных клеток, оценивались степень их реактивной гиперплазии, архитектонических особенностей распределения, определялся вид-тип нейроэндокринных клеток – клеток АПУД системы, а также выявлялся очаг патологической регенерации – плоскоклеточной метаплазии мерцательного эпителия, выполнялось качественное и количественное определение клеток Массона – меланиноцитов – с корреляционной прогностической оценкой их функционального состояния.

Пациенты и методы исследования. По данной методике было обследовано 48 пациентов, прошедших хирургическое лечение (30 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом и 18 пациентов с хронических риносинуситом без роста полипов). Средний возраст пациентов – 40 лет (преимущественно мужчины). Оценка распространенности патологического процесса производилась с помощью эндоскопического обследования и КТ-исследования носа и ОНП. В ходе проводимого исследования выявлено:

– в 95% случаев при хроническом прогрессирующем воспалении идет активация клеток нейроэндокринной системы (APUD системы);

– в 90% случаев обнаруживаются клетки Массона.

Полученные данные позволяют судить о возможной активации, пролиферативной деятельности слизистой оболочки полости носа, клетками APUD системы, что, в свою очередь, может носить системный характер.

Обнаружение повышенного содержания клеток Массона (меланиноцитов) указывает на постоянную стимуляцию иммунной системы, вследствие чего провоцируется патологическая реакция иммунитета.

УДК 616.213.1-002:615.37

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Бакулина Л. С., Лобеева А. С., Машкова Т. А., Мальцев А. Б.

ГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко», 394036, г. Воронеж, Россия

THE EFFECTIVENESS OF ANTIOXIDANT THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE PURULENT RHINOSINUSITIS

Bakulina L. S., Lobeeva A. S., Mashkova T. A., Maltsev A. B.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education of Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia

Острые и хронические риносинуситы занимают одно из ведущих мест в структуре оториноларингологических заболеваний. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям болезни органов дыхания являются наиболее распространенными заболеваниями современного общества. Известно, что острый синусит не только приводит к орбитальным или внутричерепным осложнениям, но еще большее значение имеет то, что при неадекватном лечении он может принимать хроническую форму с частыми обострениями, снижать работоспособность, влиять на возникновение прогрессирования бронхиальной астмы, а также изменять иммунную систему. Неэффективность традиционного лечения гнойных риносинуситов, несмотря на применение антибиотиков широкого спектра действия, может быть связана с развитием антибиотикорезистентности патогенной микрофлоры иммуносупрессивным действием антибиотиков, выраженным дисбиозом, а также недостаточным знанием механизмов формирования воспалительных реакций при данной патологии на молекулярно-клеточном уровне.

Известно, что при воспалении слизистой оболочки носа и околоносовых пазух увеличивается продукция слизи бокаловидными клетками и железами подслизистого слоя. Биологическая целесообразность такой реакции заключается в увеличении толщины ее слоя, защищающего эпителиоциты. В результате активации фагоцитов, протекания ксантиноксидазных реакций (окисление гипоксантина, ксантина и превращение оксида азота в нитрозоний-катион) существенным образом увеличивается продукция прооксидантов. Кроме того, на фоне даже умеренного, но длительного местного сдвига показателя окислительно-восстановительного потенциала в сторону окислительных значений наблюдаются гиперплазия бокаловидных клеток и, как следствие, гиперпродукция слизи. Если изначально гиперпродукция слизи – это защитная реакция, то при некоторых условиях она может превращаться в патогенный фактор. Все это приводит к стазу большого объема вязкой макроты и создает благоприятные условия для колонизации слизистой оболочки микробами, их размножения, более глубокому проникновению в толщу ткани, а также хронизации воспалительного процесса. Следовательно, стаз вязкой слизи на поверхности эпителиальной выстилки носа и околоносовых пазух – прямое следствие проявления оксидативного стресса.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения больных острым гнойным риносинуситом препаратами антиоксидантного, про- и пребиотического действия.

Пациенты и методы исследования. Проведено исследование состояния иммунного статуса и перекисного окисления липидов в сыворотке крови 67 больных острым гнойным риносинуситом в возрасте от 16 до 65 лет. Обследованные больные были разделены на две группы.

Первую группу составили 30 больных острым гнойным риносинуситом, получавших традиционную терапию.

Вторая группа – 37 пациентов, наряду с традиционной получавших местную антиоксидантную терапию (интраназально). В целях восстановления эубиоза кишечника назначали препарат бактистатин per os, обладающий пре- и пробиотическим действием.

В периферической крови определяли содержание субпопуляций лимфоцитов (СД-3, СД-4, СД-8). Интенсивность перекисного окисления липидов определяли методом хемилюминесценции.

Выявлено, что при остром гнойном риносинусите усиливается показатель хемилюминесценции более чем в 5 раз по сравнению со значением нормы (22 донора). В группе больных, получавших антиоксидантную терапию, скорость восстановления показателя хемилюминесценции

была выше в 1,3 раза и снижалась до нормальных значений к 5-м суткам от начала лечения, тогда как в группе больных с традиционной терапией восстановление хемилюминесцентного показателя происходило лишь на 9–12-е сутки от начала лечения. При исследовании периферической крови у обследованных больных были выявлены изменения иммунологического статуса. Определялось снижение содержания субпопуляций лимфоцитов (СД-3, СД-4, СД-8). При этом у больных, получавших антиоксидантную терапию на 5-е сутки, данные показатели достигали нормы, а в группе больных, получавших традиционную терапию, этого не происходило. Койко-день у больных второй группы составил 6,4, тогда как у больных первой группы – 7,6. Кроме того при катамнестическом наблюдении от 3 до 18 месяцев нами не было отмечено ни одного рецидива заболевания в основной группе (n = 37) в отличие от контрольной (n = 30), где диагностированы рецидивы верхнечелюстного синусита у 3 больных.

Выводы. Включение в схему терапии острого гнойного риносинусита антиоксидантов ускоряет нормализацию процессов перекисного окисления липидов, нормализует показатели субпопуляций лимфоцитов (СД-3, СД-4, СД-8). Назначение пробиотической терапии способствует нормализации эубиоза кишечника.

Назначение антиоксидантной, пре- и пробиотической терапии в схему лечения острого риносинусита позволяет достичь купирования воспалительного процесса в более короткие сроки, а также предупреждает переход воспалительного процесса в хроническую форму.

УДК 616.321-002:615.37

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАЗОФАРИНГИТА

Безрукова Е. В.[1], Симбирцев А. С.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГУП «Государственный НИИ особо чистых биопрепаратов» ФМБА России, 197110, Санкт-Петербург, Россия

IMMUNE THERAPY IN TREATMENT OF NASOPHARYNGITIS

Bezrukova E. V.[1], Simbirtsev A. S.[2]

[1] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[2] State Research Institute of Extremely Clean Biopreparations FMBA of Russia, Saint Petersburg, Russia

Наиболее частой причиной возникновения острого назофарингита (ОНФ) является вирусная инфекция. Многие вирусы вмешиваются в работу иммунной системы человека путем блокирования синтеза цитокинов, нарушают целость слизистой оболочки носа, изменяют функциональную активность иммунокомпетентных клеток, в частности Т-лимфоцитов. Известные противовирусные препараты действуют только на вирусы гриппа и не влияют на другие респираторные вирусы. Поэтому наиболее целесообразно применять иммунозамещающую терапию интерфероном альфа в целях оказания прямого неспецифического противовирусного воздействия, а также одновременно проводить иммуностимулирующее воздействие, направленное на восстановление функции Т-клеточного иммунитета.

Исследование проведено в целях оценки эффективности применения локальной иммуномодулирующей терапии рекомбинантным интерфероном альфа 2 бета и гамма-глютамин-L-триптофаном.

Пациенты и методы исследования. Про-ведено лечение 89 больных с острым назофарингитом (ОНФ). В качестве известных иммуномодулирующих средств использовали рекомбинантный интерферон α-2b «Интераль-П» (Р № 000697/01 от 18.08.2008 г.) и синтетический дипептид гамма-D-глутамил-триптофана «Бестим» (Р № 003335/03 от 29.12.2006 г.).

Больные ОНФ были распределены методом рандомизации на следующие группы: первая группа (29 человек) получала средства традиционной симптоматической терапии, вторая группа (30 человек) получала интраназально интерферон в качестве монотерапии; третья группа (30 человек) получала интраназально интерферон и сублингвально в виде крупнодисперсного аэрозоля гамма-глютамин-L-триптофан.

Эффективность лечения оценивали по динамике изменений интенсивности жалоб, выраженных в баллах. Использовали следующие показатели: общее недомогание, боль в горле, интенсивность выделений из носа, затруднение носового дыхания. При анализе динамики самочувствия пациента проверяли наличие изменений самооценок его самочувствия в течение курса лечения, наличие тенденций в изменении этих оценок во времени и согласованность результатов оценок самочувствия пациентов. Общее недомогание, затруднение носового дыхания и боль в горле выражали в баллах: 0 – отсутствие жалоб; 1 – слабая жалоба (можно не замечать, если не думать о ней); 2 – умеренная жалоба (не удается не замечать, но не нарушает дневную активность или сон); 3 – сильная (нарушает дневную активность или сон); 4 – очень сильная (значительно нарушает дневную активность или сон, требуется отдых). Наличие отделяемого из носа также оценивали в баллах: 0 – отсутствие выделений; 1 – водянистые выделения; 2 – слизистые выделения с гнойными прожилками; 3 – обильные слизисто-гнойные выделения. Математическую обработку результатов данного этапа исследований проводили с помощью методов описательной статистики, определяя среднее значение соответствующего числового ряда (M) и его дисперсию (D). Достоверность изменений (p) этих параметров оценивали на основе однофакторного дисперсионного анализа по критерию Фишера (F).

При оценке снижения выраженности симптомов ОНФ на фоне применения иммунокорригирующих препаратов было получено снижение длительности заболевания на 3–4 суток по сравнению с традиционной терапией. Применение рекомбинантного интерферона снижает выраженность всех изучаемых симптомов заболевания, таких как общее недомогание, боль в горле, заложенность носа на 1–2-е сутки после начала приема препаратов. Аналогичные результаты были получены при сочетанном применении гамма-глютамин-L-триптофана и интраназального рекомбинантного интерферона. Купирование всех изучаемых симптомов ОНФ наблюдалось к 5-му дню наблюдения при применении сочетания интраназального рекомбинантного интерферона α и гамма-глютамин-L-триптофан и к 6-му дню при применении только интраназального рекомбинантного интерферона. При использовании традиционной терапии симптомы ОНФ сохранялись на протяжении всего периода наблюдения – в течение восьми суток.

Заключение. Таким образом, применение сочетания рекомбинантного интерферона α 2b и гамма-глютамин-L-триптофан является наиболее эффективным в лечении острого назофарингита.

УДК 616.211-002.193-056.3-053.9-08

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Белякова Р. А., Портенко Е. Г.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь, Россия

ALLERGIC RHINITIS IN THE ELDERLY: TREATMENT OPTIONS

Belyakova R. A., Portenko E. G.

Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

Проблемы аллергического ринита (АР) нашли свое отражение в международном консенсусе ARIA 2010 Revision – согласительном документе, созданном в сотрудничестве с ВОЗ, по данным которого распространенность АР во взрослой популяции составляет 10–30% и продолжает неуклонно возрастать. К сожалению, руководящие принципы ARIA (2010) не ориентированы на лиц пожилого возраста и не дают возможности оценить различия в диагностике и лечении АР пожилых.

Цель исследования. Изучить данные зарубежной литературы о возможностях терапии АР у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. Поиск информации в зарубежной медицинской литературе и англоязычных источниках интернета, анализ и обобщение информации.

Анатомия носа и физиологические изменения в процессе старения оказывают значительное влияние на симптомы аллергического ринита. С возрастом происходит увеличение холинергической активности, усиливается атрофия, уменьшается эластичность слизистой оболочки полости носа, ухудшается мукоцилиарный транспорт, происходит снижение неспецифического иммунного ответа со снижением активности фагоцитов и цитотоксических клеток. Однако эти изменения не позволяют существенно ограничить распространенность аллергических заболеваний в пожилом возрасте. Пожилые люди имеют широкий спектр сопутствующих заболеваний, медикаментозная терапия которых оказывает влияние на диагностику и лечение АР. Интраназальные глюкокортикостероиды и антигистаминные препараты являются терапией первой линии. Основная проблема – их взаимодействие с препаратами, принимаемыми по поводу сопутствующей патологии. Длительное использование назальных стероидов хорошо переносится пожилыми людьми, побочные реакции идентичны характерным для молодого населения. Самыми безопасными препаратами являются мометазона фуроат и циклесонид. Антигистаминные препараты первого поколения не рекомендуются ввиду высокого риска побочных реакций. Эффективными являются антигистаминные препараты второго поколения в виде капель и таблетированных форм. Дезлоратадин и лоратадин не показаны для пациентов с синдромом «сухого глаза». Сочетание антигистаминных препаратов второго поколения с препаратами, ингибирующими микросомальные ферменты печени (кетоконазол, макролиды и др.), могут провоцировать аритмию у пожилых людей. Рекомендованы носовые орошения изотоническим раствором хлорида натрия. Специфическая иммунотерапия не играет значительной роли в лечении пациентов пожилого возраста.

Выводы. Стандартом терапии АР пожилых является сочетание ингаляционных глюкортикостероидов и антигистаминных препаратов второго поколения.

Антигистаминные препараты второго поколения следует назначать с учетом сопутствующей патологии, их доза должна корригироваться.

УДК 616.216.1-002-006.5-036.87-085+616.248

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Будковая М. А., Захарова Г. П., Шабалин В. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

ANTIRETROVIRAL THERAPY OF POLYPOSIS RHINOSINUSITIS IN PATIENTS WITH BRONCHOPULMONARY SYSTEM PATHOLOGY

Budkovaya M. A., Zakharova G. P., Shabalin V. V.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

На сегодняшний день золотым стандартом профилактики рецидивов полипозного риносинусита в послеоперационном периоде является назначение топических кортикостероидов. Однако согласно литературным данным, несмотря на проводимую терапию, количество ближайших и отдаленных рецидивов полипозного риносинусита составляет от 19 до 60% случаев. При этом частота повторных хирургических вмешательств значительно выше среди пациентов, имеющих сопутствующую бронхиальную астму или астматическую триаду. В ряде случаев промежутки между ремиссиями составляют от 3 до 5 месяцев, что требует проведения повторных полипотомий, количество которых иногда насчитывает более 10 оперативных вмешательств.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности противорецидивной терапии у пациентов с гнойно-полипозным риносинуситом в сочетании с сопутствующей бронхолегочной патологией.

Материалы, пациенты и методы исследования. Проведенный нами ретроспективный анализ 165 историй болезни пациентов, находившихся на хирургическом лечении по поводу полипозного риносинусита в НИИ уха, горла, носа и речи в период с 2012 по 2016 г. показал, что у 56 (34%) больных оперативное вмешательство выполнялось повторно в связи с рецидивом полипозного процесса в полости носа и околоносовых пазухах. В анамнезе у 14 (21%) пациентов с рецидивом данного заболевания отмечалось наличие астматической триады, а сочетание полипозного риносинусита с бронхиальной астмой выявлено у 4 (7%) обследуемых. Нами обнаружено, что средние сроки между проводимыми полипотомиями у пациентов с аспириновой триадой составили 1,3 года, в то время как у пациентов без сопутствующей патологии респираторного тракта промежутки между рецидивами составили 4,5 года. Полученные данные указывают на необходимость разработки новых схем противорецидивной терапии полипозного риносинусита, направленных на создание более продолжительной ремиссии, в особенности при наличии астматической триады.

Работа выполнена в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи. Нами обследовано 194 больных, среди которых рецидив полипозного риносинусита после оперативного лечения выявлен у 55 (29%) больных. Среди пациентов с рецидивом носовых полипов анамнестически у 12 больных выявлена бронхиальная астма, у 22 пациентов диагностирована астматическая триада. Из них у 14 обследуемых отмечался полипозно-гнойный характер течения риносинусита.

Обследуемые были расделены на две группы: в 1-ю группу вошли 22 пациента с рецидивирующим полипозным риносинуситом, имеющих в анамнезе бронхиальную астму или астматическую триаду; во 2-ю группу вошли 14 пациентов с рецидивирующим гнойно-полипозным риносинуситом, имеющих в анамнезе бронхиальную астму или астматическую триаду.

Всем пациентам выполнены общий оториноларингологической осмотр, передняя активная риноманометрия на аппарате RINO-SYS, эндоскопия полости носа, компьютерная томография околоносовых пазух, телевизионная микроскопия с регистрацией двигательной активности ресничек на поверхности мерцательного эпителия носовых полипов и слизистой оболочки полости носа, гистологический и цитологический анализ биоптатов носовых полипов, бактериологическое исследование отделяемого из полости носа с экспресс-диагностикой Staph.aureus, лабораторная диагностика иммуноглобулинов A, M, G и общего E, определение фагоцитарной активности нейтрофилов и фагоцитарного индекса, клинический анализ крови.

Базисная терапия для пациентов 1-й и 2-й групп включала: за 1 месяц до полипотомии ко-

роткий курс лечения метилпреднизолоном, начиная с 40 мг с постепенным снижением дозировки препарата до 4 мг в течение 14 дней, в сочетании с мометазоном фуроатом по 200 мкг интраназально в течение 1 месяца. Обследуемым 2-й группы дополнительно с 8-го дня приема системного кортикостероида назначался антибактериальный препарат амоксициллина клавуланат по 1000 мг 2 раза в день на 7 дней для предотвращения обострения гнойных процессов на фоне системной кортикостероидной терапии в ранние сроки после отмены препарата. В послеоперационном периоде больным обеих групп наблюдения назначался мометазона фуроат по 200 мкг интраназально в течение 3 месяцев и метилпреднизолон на 7 дней, начиная с 20 мг. Контроль безопасности системной кортикостероидной терапии осуществлялся на основе поэтапного наблюдения за колебаниями концентрации связанной фракции кортизола и свободной формы гормона в слюне.

Результаты исследования. Нами было обнаружено, что среди обследуемых пациентов частота встречаемости астматической триады у мужчин по отношению к женщинам составила 1,2 : 1. Течение полипозного риносинусита в 1-й и 2-й группах исследования не сопровождалось снижением уровней Ig A, Ig G и Ig M. Однако у всех пациентов наблюдалось значительное снижение показателей неспецифической резистентности. Наиболее выраженное уменьшение фагоцитарной активности нейтрофилов – до 33,6±2,6% (норма – 49–82%) – отмечено у больных, имеющих гнойное течение полипозного риносинусита. Бактериологический анализ отделяемого из полости носа у 26% пациентов 1-й группы выявил скудный рост *Staphylococcus aureus* и у 18% обследуемых – *Staphylococcus epidermidis*, у пациентов с гнойно-полипозным синуситом и астмой отмечено в 46% случаев преобладание Staphylococcus epidermidis, что указывает на рост условно-патогенной микрофлоры на фоне сниженной фагоцитарной активности нейтрофилов. До начала лечения нами установлено уменьшение средней частоты биения ресничек эпителия полипов носа у пациентов 1-й группы до 8,2 Гц, у больных 2-й группы с гнойно-полипозным риносинуситом и астматической триадой – до 3,2 Гц – вплоть до полного отсутствия двигательной активности в отдельных участках препаратов по сравнению с группой здоровых (13,4 Гц). При цитологическом исследовании у пациентов с полипозным и гнойно-полипозным риносинуситом обнаружены реснитчатые клетки различной степени сохранности от цилиндрических практически полноценных до видоизмененных с дефективными и отсутствием ресничек, изменением формы и состава цитоплазмы. В ходе гистологического исследования биоптатов носовых полипов нами обнаружен цилиндрический многорядный реснитчатый эпителий с ресничками на большей протяженности участков препаратов, с преобладанием выраженной эозинофильной инфильтрации и незначительной лимфоплазмоцитарной и нейтрофильной инфильтрацией у больных с аспириновой триадой и выраженной нейтрофильной инфильтрацией и незначительной лимфоплазмоцитарной и эозинофильной инфильтрацией у пациентов с гнойно-полипозным риносинуситом в сочетании с бронхиальной астмой. Полученные данные указывают на существование различных патогенетических механизмов в развитии полипозного гнойно-полипозного риносинусита.

На фоне проводимой предоперационной подготовки у 92% пациентов 1-й группы и у 87% больных 2-й группы отмечались улучшение основных показателей передней активной риноманометрии, повышение двигательной активности реснитчатого эпителия до 11,0±0,7 Гц у обследуемых с полипозным риносинуситом и до 8,9±0,7 Гц при гнойно-полипозном процессе, снижение распространенности полипозного процесса в околоносовых пазухах по данным КТ околоносовых пазух и видиоэндоскопического исследования полости носа и стабилизация течения бронхиальной астмы.

Проведенная предоперационная подготовка и короткий курс системной кортикостероидной терапии в послеоперационном периоде у пациентов 1-й и 2-й групп способствовали более быстрому восстановлению двигательной активности реснитчатого эпителия слизистой оболочки полости носа, стабилизации течения бронхиальной астмы и отсутствию рецидивов в среднем в течение 2,5 года. Контроль за колебаниями уровня кортизола позволил выявить на 7-й день приема метилпреднизолона статистически достоверное снижение концентрации данного гормона ($p < 0,05$) в крови до 73,5±22,4 нмоль/л и в слюне до 12,1±6,6 нмоль/л в обеих группах наблюдения. Проведение своевременной коррекции дозировки системного кортикостероида, согласно разработанной нами методике, способствовало восстановлению эндогенной секреции кортизола до физиологических значений уже к 16-му дню лечения.

Заключение. Таким образом, приоритетным направлением в профилактике рецидивов полипозного полипозно-гнойного риносинусита у пациентов с сопутствующей бронхолегочной патологиией является проведение коротких курсов системной кортикостероидной и антибактериальной терапии в сочетании с длительным применением интраназальных кортикостероидов.

УДК 616.216.1-002:616.155.391

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИНУСИТА

Владимирова Т. Ю., Храппо Н. С., Степанов Е. Н.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

C-REACTIVE PROTEIN IN THE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ACUTE PURULENT SINUSITIS

Vladimirova T. Yu., Hruppo N. S., Stepanov E. N.

Samara State Medical University, Samara, Russia

Универсальной внутренней средой, отражающей общую реактивность организма при воспалительном процессе, является система крови. Однако анализ общего анализа крови по таким параметрам, как количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) не отражает в полной мере динамику воспалительного процесса. В клинических исследованиях доказана высокая корреляция концентраций белков «острой фазы» в крови, включая С-реактивный белок (СРБ), с активностью и стадией воспалительного процесса в ходе его лечения.

Цель исследования. Определить клиническую значимость уровня С-реактивного белка крови в оценке эффективности лечения острого гнойного синусита.

Пациенты и методы исследования. Нами проведен анализ 100 случаев двухстороннего острого гнойного синусита у пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении болезней уха, носа и горла Клиник СамГМУ. Обследование включало эндоскопический осмотр ЛОРорганов, лабораторные методы (общий анализ крови, биохимическое исследование крови с определением концентрация СРБ). Статистический анализ выполнен путем сравнения достоверности различий показателей крови больных и группы контроля (95 условно здоровых лиц) с помощью критерия Стьюдента, расчета коэффициента Пирсона и проведения корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение. Из 100 пациентов было 53% женщин и 47% мужчин. Средний возраст пациентов составил 35,6±0,6 года. Длительность воспалительного процесса соответствовала критериям постановки диагноза. Наиболее частыми нозологическими формами были случаи двухстороннего острого гнойного гайморита и двухстороннего острого гнойного гайморита с этмоидитом. В общем анализе крови количество лейкоцитов составляло ($8{,}70 \pm 0{,}29 \cdot 10^9$/л). Этот показатель, не превышая среднестатистические границы нормы, был в 1,4 раза выше ($p < 0{,}05$), чем в группе условно здоровых лиц – $6{,}53 \pm 0{,}15 \cdot 10^9$/л. В лейкоцитарной формуле, по сравнению с группой контроля, выявлен относительный нейтрофилез до 68,56±1,08% ($p < 0{,}05$). Увеличение СОЭ от 15 до 45 мм/ч зарегистрировано у 65% больных. Среднее значение показателя в группе больных было в 2,5 раза выше. Повышение концентрации СРБ выше 5 мг/л также было выявлено у 65,0% пациентов, среднее значение показателя составило 27,56±4,04 мг/л. У 90,7% больных уровень СРБ варьировал от 11,14 до 144,99 мг/л, а его средний уровень (43,19±6,24 мг/л) в 31 раз ($p < 0{,}001$) превышал показатель в группе контроля (1,41±0,27 мг/л). Корреляционный анализ выявил прямую корреляционную связь средней силы между концентрацией С-реактивного белка и количеством лейкоцитов в крови ($r = 0{,}61$), а также величиной СОЭ ($r = 0{,}84$). Мониторинг показателей крови проведен в ходе лечения на 5-е и 9-е сутки.

На 5-е сутки лечения у больных выявлено снижение количества лейкоцитов (до $7{,}3 \pm 0{,}4 \cdot 10^9$/л), т. е. на 18% от исходного уровня. На 9-е сутки статистически значимой динамики показателя по сравнению с группой контроля не отмечено ($p > 0{,}05$). Скорость оседания эритроцитов, напротив, снизилась до 17,8±1,9 мм/ч на 5-е сутки лечения ($p > 0{,}05$), в последующем к 9-му дню показатель составил 12,6±1,5 мм/ч, что ниже исходного значения на 15%. Однако это в 1,5 раза превышает показатель в группе контроля ($p < 0{,}05$).

Исследование С-реактивного белка в крови у больных острым гнойным синуситом показало, что его уровень снизился к 5-м суткам лечения в 12 раз и составил 3,6±0,8 мг/л, оставаясь выше, чем в группе контроля ($p < 0{,}05$). На 9-е сутки концентрация СРБ оказалась сопоставима с результатами пациентов из группы контроля (1,4±0,27 и 1,1±0,3 мг/л соответственно).

Заключение. Проведенное исследование обосновывает включение исследования уровня СРБ в мониторинг течения острого воспаления в околоносовых пазухах, поскольку его концентрация динамична, а уровень СРБ отражает интенсивность процесса, позволяя оценивать адекватность проводимых лечебных мероприятий.

УДК 616.212.5-089.844

ОДНОЭТАПНАЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ СЕПТОПЛАСТИКА И КОРРЕКЦИЯ КЛАПАНА НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Владимирова Т. Ю., Чернышенко И. О., Нефедова Н. С.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

EXTRACORPORAL SEPTOPLASTY COMBINED WITH VALVE SURGERY IN PATIENTS WITH SEVERELY DEVIATED SEPTUM

Vladimirova T. Yu., Chernyshenko I. O., Nefedova N. S.

Samara State Medical University, Samara, Russia

При сложных деформациях перегородки носа в последние годы получил распространение метод экстракорпоральной септопластики. Однако даже при идеально выполненной операции и установке перегородки носа строго по средней линии, пациента могут продолжать беспокоить жалобы, связанные с затруднением носового дыхания. По данным различных авторов, частота нарушения функции клапана носа встречается от 13 до 56%. Поэтому обоснованным является одноэтапное проведение экстракорпоральной септопластики и коррекции клапана носа.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности одноэтапной тактики экстракорпоральной септопластики и установки расширяющих хрящевых аутотрансплантатов.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 пациентов в возрасте от 18 до 57 лет, среди них 21 мужчина и 5 женщин, находившихся под наблюдением в течение 2 лет с диагнозом искривление перегородки носа. Всем пациентам были выполнены эндоскопическое исследование полости носа и МСКТ носа и околоносовых пазух. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 15 лет. Жалобы на нарушение носового дыхания отмечали 100% обследованных, в 23,1% имели место жалобы на косметический дефект наружного носа, однако от проведения ринопластики пациенты отказывались. Критерием включения в исследование явилось наличие выраженного искривления перегородки носа в передних и верхних отделах хрящевой части. Всем пациентам было проведено хирургическое вмешательство. Пациентам 1-й группы (14 человек) мы сочетали экстракорпоральную септопластику с установкой расширяющих трансплантатов. Экстракорпоральная септопластика проводилась по методике W. Gubish, которая предполагает полное удаление четырехугольного хряща и коррекцию его за счет разрезов и швов с последующим введением неоперегородки между листками мукоперихондрия и фиксации к верхним латеральным хрящам. Из открытого ринопластического доступа через колюмеллярный разрез производили отслойку мягких тканей хрящевого отдела наружного носа, выделяли костно-хрящевой остов перегородки носа, отсекали верхние латеральные хрящи от четырехугольного хряща и извлекали его цельной пластиной. Работа с костным отделом перегородки носа проводилась по стандартной методике. С помощью скальпеля проводили формирование ровной пластинки перегородки носа. В большинстве случаев этого удавалось добиться за счет резекции по линии перелома перегородки, срезания утолщенных краев. В некоторых наблюдениях пластинки перегородочного хряща пришивали друг другу для формирования неоперегородки. Коррекцию клапана носа проводили по методике Sheen (1984). Расширяющие хрящевые аутотрансплантаты формировали из четырехугольного хряща. При недостатке материала использовали цефалические порции латеральных ножек крыльных хрящей. После выпрямления четырехугольного хряща находили оптимальное расположение его между листками перихондрия так, чтобы он без шовной фиксации стоял достаточно жестко в целях профилактики западения спинки носа. Фиксацию расширяющих трансплантатов проводили экстракорпорально к вентральному краю несколькими П-образными швами. За счет оптимального размещения швов и завязывания узлов, использования прямоугольных пластинок разных по толщине, обеспечивали выпрямление перегородки носа, если этого не удавалось полностью добиться путем резекции. Далее вводили конструкцию в мукоперихондриальное пространство и фиксировали П-образными швами к верхним латеральным хрящам. В целях предупреждения западения спинки носа в ключевой зоне оставляли небольшой участок вентрального края перегородочного хряща, прикрепленного к костному отделу в виде «клюва», и устанавливали неоперегородку.

Дополнительную маскировку в этом месте проводили с помощью участка отсепарированных мягких тканей. Пациентам 2-й группы (12 человек) была проведена открытая экстракорпоральная септопластика. Результат лечения оценивали по данным эндоскопического осмотра полости носа, учитывали мнение пациентов. Пациенты 1-й группы показали удовлетворительные результаты в отношении восстановления носового дыхания и эстетической функции. Трое пациентов 2-й группы (14,2%) были недостаточно удовлетворены носовым дыханием, в 1 случае было проведено ревизионное вмешательство с установкой расширяющих трансплантатов. Ни в одной группе осложнений не было. Таким образом, одноэтапная экстракорпоральная септопластика и установка расширяющих трансплантатов улучшают функциональные и эстетические результаты операции.

УДК 616.211-003.282-073.756.8

ДИАГНОСТИКА СПОНТАННОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ И ЕЕ РЕЦИДИВОВ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Власова М. М., Пискунов И. С., Пискунов В. С., Никитин Н. А.

ГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305007, г. Курск, Россия

COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE CEREBROSPINAL FLUID LICK DIAGNOSTICS

Vlasova M. M., Piskunov I. S., Piskunov V. S., Nikitin N. A.

Kursk State Medical University of Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia

Спонтанная назальная ликворея (СНЛ) достаточно редкое, но очень серьезное заболевание. Диагностика СНЛ и ее рецидивов трудна и многообразна. Очень часто СНЛ скрывается за маской других заболеваний ЛОРорганов – различных видов ринитов. Проблема назальной ликвореи остается актуальной, особенно на современном этапе развития здравоохранения. Ежегодно возрастает количество больных с данной нозологией и увеличивается частота внутричерепных осложнений.

Нередко после оперативного лечения возникают рецидивы СНЛ. Проблема диагностики рецидивов СНЛ, а также оценки качества хирургического лечения остается актуальной по сей день. В настоящее время отсутствует общепризнанный алгоритм обследования пациентов с СНЛ и подозрением на ее рецидив.

Цель исследования. Разработать диагностический алгоритм у пациентов с подозрением на СНЛ и ее рецидив, КТ-семиотику рецидивирующей назальной ликвореи.

Пациенты и методы исследования. С 2003 по 2016 г. нами проведено обследование и лечение 65 больных с СНЛ, находившихся в отделении оториноларингологии Курской областной клинической больницы. Всем пациентам выполнялась компьютерная томография (КТ) в аксиальной и коронарной проекциях с толщиной среза 0,625 мм в костном и мягкотканом окнах, а также эндоскопическое исследование полости носа в положении лежа. При отсутствии достоверных признаков ликвореи при аксиальном сканировании исследование проводилось в коронарной проекции спустя 15–20 мин, в зависимости от скорости истечения ликвора и предполагаемой локализации костного дефекта.

Результаты исследования. Большинство пациентов с назальной ликвореей приходилось на возрастную группу от 40 до 60 лет, которая составила 80,3% от общего числа наблюдаемых больных, из них 89,2% составили женщины. Все пациенты с СНЛ обращались к ЛОР-врачу с жалобами на головные боли, жидкое прозрачное отделяемое из полости носа, количество которого увеличивалось при изменении положения тела. Явной связи между перенесенными острыми респираторными заболеваниями, травмами и возникновением ликвореи обнаружено не было.

У 50 пациентов (76,9%) была выявлена этмоидальная назальная ликворея, у 15 (23,1%) – сфеноидальная назоликворея, 10 пациентов (15,4%) повторно обратились в клинику с вышеописанными жалобами, из них 5 больных (50%) спустя год после оперативного лечения, остальные – спустя 3–6 лет. Три пациента пришли на прием в

третий раз после повторного хирургического лечения.

У пациентов со сфеноидальной назоликвореей и ее рецидивами были выявлены костные дефекты стенок клиновидных пазух, в одном случае с наличием объемного образования. У 2 пациентов через костный дефект в стенке пазухи в ее просвет распространялось менингоцеле, у 2 пациентов были визуализированы избыточные пахионовы грануляции.

У 6 пациентов (12%) с этмоидальной назоликвореей были выявлены менингоцеле, в 21 (42%) случае наблюдалась узурация ситовидной пластинки на протяжении от 1 до 5 мм, при этом дефект чаще локализовался в центральных отделах ситовидной пластинки (в области ольфакторной ямки). Когда достоверно диагностировать костный дефект ситовидной пластинки не удавалось, мы обращали внимание на косвенные признаки наличия ликвореи – содержимое ликворной плотности в просвете ячеек решетчатого лабиринта. Та же тенденция сохранялась в случаях диагностики рецидивов СНЛ. У всех пациентов после операции (пластика проводилась средней носовой раковиной) с рецидивом этмоидальной назоликвореи отмечалась резорбция костного основания лоскута, закрывавшего дефект в ситовидной пластинке. У одного из больных через дефект ситовидной пластинки распространялось менингоцеле.

При КТ-исследованиях у всех пациентов было выявлено снижение плотности костей основания черепа, в одном случае – вплоть до отрицательных значений.

Выводы. Наибольшее количество пациентов с назальной ликвореей приходится на возрастные группы от 40 до 60 лет. У 15,4% пациентов произошел рецидив назоликвореи и визуализировалась резорбция костного основания лоскута.

Прямыми признаками наличия ликвореи служат: содержимое ликворной плотности в клиновидных пазухах, ячейках решетчатого лабиринта, наличие костных дефектов в стенках пазух.

При отсутствии прямых КТ-признаков истечения ликвора сканирование следует повторить через 10–20 мин после пребывания пациента в положении лежа на спине или на животе, в зависимости от скорости и места истечения ликвора.

Больным с рецидивом СНЛ компьютерную томографию целесообразно выполнять в двух проекциях: коронарной и аксиальной.

УДК 216.2-002-079.4

ЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ-ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ФРОНТИТОВ

Волков А. Г., Синельников Р. И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия

SOUND SCREENING TEST IN DIAGNOSTICS OF FRONTITIS

Volkov A. G., Sinel'nikov R. I.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education 'The Rostov State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia

В Российской Федерации острыми риносинуситами (РС) ежегодно болеет около 10 миллионов человек (Клешнин Д. А., 2005), среди которых значительное место занимают фронтиты, проявляющиеся в виде отечно-инфильтративной или экссудативной форм (Горин Д. С., 2014). В последние годы отмечается рост данных заболеваний, которые отягощаются орбитальными и внутричерепными осложнениями.

Своевременная диагностика и лечение воспалительных заболеваний околоносовых пазух является одной из наиболее важных проблем в оториноларингологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, несмотря на появление новых современных способов консервативного и хирургического лечения. Стандартными методами диагностики данной патологии являются рентгеновские, диафаноскопия, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, эндоскопия и другие (Рязанцев С. В. и соавт., 2014). Эти методы диагностики имеют ряд недостатков: сложность большинства основных устройств, длительное время исследования, недостаточная достоверность результатов исследования, лу-

чевая нагрузка на пациента и обслуживающий медицинский персонал, ограниченные функциональные возможности.

Цель исследования. Проведение звукового скрининг-теста у больных острым и хроническим фронтитом в ЛОР-клинике РостГМУ на базе ГБ № 1 им. Н. А. Семашко г. Ростова-на-Дону.

Пациенты, мериалы и методы исследования. Нами (в соавторстве) было разработано и клинически апробировано устройство для дифференциальной диагностики фронтитов (заявка на получение патента РФ № 2016130476).

Устройство представляет собой диагностический комплекс, конструкция которого включает: генератор звуковых частот, подключенный через усилитель с регулируемым усилением к источнику звуковых колебаний, двух приемников звуковых колебаний, по одному в каждом из двух каналов измерения, персональный компьютер, элемент памяти, два субблока преобразования звукового сигнала и два субблока логической обработки сигналов, по одному субблоку преобразования звукового сигнала и логической обработки сигналов в каждом канале измерения. Каждый субблок преобразования звукового сигнала содержит последовательно соединенные полосовой фильтр, усилитель, детектор и аналого-цифровой преобразователь. Источник звуковых колебаний устанавливали в центре теменной области, а датчики их приема и преобразования – на передних стенках лобных пазух.

Нами были обследованы 30 здоровых (контрольная группа) добровольцев без патологии органов дыхания, которым были проведены: стандартный эндоскопический осмотр ЛОРорганов, спиральная компьютерная томография, диафаноскопия и эндоскопическое исследование полости носа. Каждому их них был выполнен звуковой скрининг-тест лобных пазух и определены диапазоны полученных результатов для левой $F_{лев}$ и правой $F_{пр}$ лобных пазух. Так, при данных $F_{лев}$ и $F_{пр}$ до 1,8 мВ можно утверждать об отсутствии воспалительного процесса в лобных пазухах.

Диапазон показателей при $F_{лев}$ и $F_{пр}$ более 1,8 мВ, но до 3,0 мВ указывает на отечно-инфильтративную форму воспалительного процесса, а при $F_{лев}$ и $F_{пр}$ более 3,0 мВ диагностируется экссудативная форма фронтита.

Предложенным нами устройством перед началом лечения были обследованы 56 больных, из них 21 был поставлен диагноз правосторонний фронтит, отечно-инфильтративная форма, 12 – левосторонний фронтит, отечно-инфильтративная форма, 11 – двухсторонний фронтит, отечно-инфильтративная форма, 4 – левосторонний фронтит, экссудативная форма, 8 – правосторонний фронтит, экссудативная форма. После звукового скрининг-теста всем больным была произведена компьютерная томография, у 54 (96,4%) больных ее данные совпали с результатами звукового скрининг-теста, у 2 (3,6%) были выявлены расхождения полученных результатов.

По результатам звукового скрининг-теста 12 больным с экссудативной формой фронтита была произведена трепанопункции лобных пазух, подтвердившие наличие патологического содержимого в просвете пазух каждого больного.

В послеоперационном периоде с помощью оригинального устройства для проведения звукового скрининг-теста проводилось наблюдение за динамикой лечения с оценкой его эффективности. Уменьшение количества патологического содержимого при промывании лобных пазух, вплоть до его исчезновения, совпадало полностью с динамикой показателей звукового скрининг-теста вплоть до выздоровления и уравнивания данных с показателями в контрольной группе.

Выводы. Предложенный нами звуковой скрининг-тест лобных пазух с помощью оригинального устройства является неинвазивным и эффективным.

Устройство для проведения звукового скрининг-теста конструктивно просто.

Звуковой скрининг-тест позволяет быстро получать достоверную информацию о состоянии слизистой оболочки лобных пазух.

С помощью звукового скрининг-теста может проводиться контроль за эффективностью лечения больных и динамикой выздоровления на всем его протяжении.

УДК 616.216.1-002.3-079.4:576.8.077.3

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО И ГНОЙНОГО РИНОСИНУСИТА ПО ЦИТОКИНОВОМУ ПРОФИЛЮ

Волков А. Г., Стагниева И. В., Гукасян Е. Л., Киселев В. В., Манченкова И. И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ACUTE CATARAL AND PURULOUS RINOSINUSITE BY CYTOKINE PROFILE

Volkov A. G., Stagnieva I. V., Gukasyan E. L., Kiselev V. V., Manchenkova I. I.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education 'The Rostov State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia

Согласно EPOS 2012 различают вирусные, поствирусные и бактериальные риносинуситы. По данным последнего рекомендательного документа ICAR RS 2016 – только острый вирусный и бактериальный риносинуситы. В настоящее время практически не существует быстрых и точных методов, позволяющих проводить дифференциальную диагностику острого риносинусита. Диагноз бактериального риносинусита может быть подтвержден только с помощью бактериологического исследования содержимого околоносовых пазух. Это исследование является инвазивным и длительным, и в ряде случаев при вирусном риносинусите такая манипуляция не показана, а, главное, не исключает вирусной природы заболевания. Дифференцировать вирусный и бактериальный риносинуситы приходится по клиническим признакам заболевания: ухудшение состояния после исходно более легкой фазы заболевания; наличие окрашенных и (или) гнойных выделений из носа; выраженная боль в области лица; лихорадка более 38 °С; увеличение СОЭ и С-реактивного белка.

Вирусная инфекция активирует дифференцировку Т-клеток-хелперов в Th-1, тогда как бактериальные антигены – в Th-2. Основным маркером Th-1-опосредованного иммунного ответа является γIFN, который стимулирует цитотоксические Т-лимфоциты и естественные киллеры. Основными маркерами Th-2-опосредованного иммунного ответа являются IL-4, IL-6, IL-10, IL-13, среди которых цитокин IL-6 считается фактором дифференцировки В-клеток, в связи с чем его относят к цитокинам бактериального воспаления. Прогностически значимым является соотношение цитокинов IL-6 / γINF. Высокие значения уровня IL-6 свидетельствуют о Th-2-опосредованной иммунной реакции. Высокие значения уровня γINF свидетельствуют о Th-1-опосредованной иммунной реакции. При этом преобладание IL-6 или γINF имеет четкую направленность. Абсолютные значения уровней этих цитокинов не позволяют произвести дифференциальную диагностику, и только соотношение уровня IL-6 к γINF отражает направленность иммунной реакции и позволяет осуществить дифференциальную диагностику острого риносинусита.

Цель исследования. Разработка эффективного способа дифференциальной диагностики острого риносинусита.

Пациенты и методы исследования. Было обследовано 120 больных, госпитализированных с подтвержденным диагнозом острого риносинусита. Всем больным было выполнено полное клинико-лабораторное обследование. Уровень цитокинов IL-6, INFγ определяли методом ИФА наборами реактивов ООО «Цитокин». Контрольную группу составили 30 здоровых людей в возрасте 20–50 лет, не страдающих хроническими заболеваниями.

Больные были распределены на две группы: 1-я группа – пациенты с катаральным риносинуситом (43 пациента); 2-я группа – пациенты с гнойным риносинуситом (77 пациентов). У пациентов 1-й группы уровень IL-6 в сыворотке крови составил в среднем 15,85±1,05 пг/мл, уровень γINF – 54,21±2,18 пг/мл. Соотношение IL-6/γINF принимало значение 1,4 и менее. У пациентов 2-й группы уровень IL-6 в сыворотке крови составил в среднем 82,54±3,04 пг/мл, уровень γINF – 19,36±1,89 пг/мл. Соотношение IL-6/γINF принимало значение 1,5 и более.

Согласно заявленному способу нами в 1-м оториноларингологическом отделении ГБ № 1 г. Ростова-на-Дону была произведена дифференциальная диагностика острого риносинусита у 50 больных. У этих больных до начала лечения определяли в сыворотке крови значение уровней цитокинов IL-6 и γINF, после чего вычисляли соотношение IL-6/γINF. У 23 (46%) больных значение этого соотношения составляло от 1,4 и менее, поэтому всем им был диагностирован острый вирусный риносинусит. Все 23 больных получи-

ли лечение острого вирусного риносинусита без использования антибактериальных препаратов, результаты которого подтвердили достоверность поставленного диагноза. У 27 больных (54%) значение соотношения IL-6/γINF составляло 1,5 и более, им был диагностирован острый бактериальный риносинусит. Все 27 больных получили лечение с использованием антибактериальных препаратов, результаты которого подтвердили достоверность поставленного диагноза.

Выводы. Определение соотношения IL-6/γINF у больных риносинуситом может являться дополнительным диагностическим критерием дифференциальной диагностики катарального и гнойного воспалительного процесса в околоносовых пазухах.

При значении соотношения IL-6/γINF менее 1,4 диагностируют катаральный риносинусит, при его значениях более 1,5 диагностируют гнойный риносинусит.

Значение соотношения IL-6/γINF более 1,5 при остром риносинусите может быть дополнительным показанием к назначению антибактериальной терапии.

УДК 616.211+616.216+617.76]-006-089.87

ВАРИАНТЫ ПЛАСТИКИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ

Воронов А. В., Смирнова А. С.

ГБКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

OPTIONS PLASTY OF THE MEDIAL WALL OF THE ORBIT

Voronov A. V., Smirnova A. S.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Медиальная стенка решетчатого лабиринта, представленная орбитальной (бумажной) пластинкой, в связи с анатомическими особенностями является наиболее подверженной и не застрахованной от повреждений. Повреждение данной области может наступить в результате эндогенных факторов, новообразования решетчатого лабиринта, ятрогенного повреждения бумажной пластинки и при экзогенных повреждающих факторах (травма лицевого скелета, травма глазницы).

Цель исследования. Провести сравнение предлагаемых методов пластики бумажной пластинки на разных этапах послеоперационного периода.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 3 пациента, у которых была сочетанная патология полости носа, околоносовых пазух и области глазницы.

Первый пациент с диагнозом: новообразование (гемангиома) решетчатого лабиринта справа с инвазией в орбиту, искривление перегородки носа.

По данным компьютерной томографии и эндоскопического осмотра полости носа определяется девиация септального хряща вправо за счет костно-хрящевого гребня. В решетчатом лабиринте справа определяются новообразование, его инвазия в глазницу и распространение его до верхушки, деструкция медиальной стенки орбиты. Новообразование вплотную прилежит к медиальной и верхней прямым мышцам и верхней косой мышце правого глаза.

Оперативное вмешательство выполнено в объеме: септопластика, малоинвазивное микроэндоскопическое оперативное вмешательство на верхнечелюстной пазухе, решетчатом лабиринте и клиновидной пазухе справа, удаление новообразования из решетчатого лабиринта и иссечение его из орбиты с последующей пластикой бумажной пластинки септальным хрящом. Со стороны офтальмологической бригады манипуляции выполнялись через трансконъюнктивальный доступ.

Второй пациент с диагнозом: хронический посттравматический рецидивирующий риносинусит, искривление перегородки носа, новообразование левой глазницы.

По данным компьютерной томографии и эндоскопического осмотра полости носа определяются посттравматическое смещение средней носовой раковины вниз и кзади, ретроградное смещение крючковидного отростка, посттравматические изменения решетчатого лабиринта, бумажная пластинка представлена единичными

фрагментами, пролабирование параорбитальной клетчатки в средний носовой ход слева. Картина риносинусита. Девиация перегородки носа влево. Новообразование в нижневнутреннем квадранте левой глазницы, прилежащее к внутренней стенке глазницы, вплотную прилежащее к внутренней и нижней прямым мышцам левого глаза.

Оперативное вмешательство выполнено в объеме: септопластика, малоинвазивное микроэндоскопическое оперативное вмешательство на верхнечелюстной пазухе, решетчатом лабиринте, лобной и клиновидной пазухах слева, удаление новообразования глазницы с последующей пластикой медиальной стенки глазницы свободным мукопериостальным лоскутом (резецированная средняя носовая раковина). Со стороны офтальмологической бригады манипуляции выполнялись посредством доступа к орбите через нижнее веко.

Третий пациент с диагнозом хронический рецидивирующий риносинусит, дефект основания черепа, флегмона орбиты слева.

По данным компьютерной томографии и эндоскопического осмотра полости носа определяется тотальное затенение обеих верхнечелюстных пазух, лобной и клиновидной пазух слева, решетчатого лабиринта слева. Визуализируется полная деструкция бумажной пластинки слева. КТ-картина флегмоны орбиты слева. Визуализация анатомических структур орбиты затруднена. При эндоскопии полости носа слева визуализируется обильное гнойное отделяемое.

Оперативное вмешательство выполнено в объеме: септопластика, малоинвазивная микроэндоскопическая полисинусотомия с пролонгированным дренированием верхнечелюстных пазух, лобной пазухи слева, санация флегмоны орбиты через доступ со стороны медиальной стенки орбиты, также с пролонгированным дренированием. Интраоперационно выявлен дефект основания черепа без признаков ликвореи. Дефект представлен нарушением целостности кости с замещением фиброзной тканью. Пластика дефекта основания черепа и бумажной пластинки не выполнялась. Со стороны офтальмологической бригады манипуляции выполнялись посредством доступа к орбите через нижнее и верхнее веко.

Послеоперационный период. Первый пациент. Тампоны удалены на 3 сутки после оперативного вмешательства. Ежедневно выполнялась инструментальная санация полости носа в условиях эндовидеоконтроля. На 7-е сутки после оперативного вмешательства предъявил жалобы на боль в области внутреннего угла глаза, определялось ограничение подвижности глазного яблока в медиальном направлении. В условиях местной анестезии выполнена ревизия, истонченный септальный хрящ удален. Визуализировалась полная эпителизация параорбитальной клетатки. После ревизии отмечалась положительная динамика в движении глазного яблока в медиальном направлении, болевые ощущения купировались. По данным компьютерной томографии воспалительные явления в области оперативного вмешательства в орбите сохранялись 3 месяца.

Второй пациент. Тампоны удалены на 5-е сутки после оперативного вмешательства. Ежедневно выполнялась инструментальная санация полости носа в условиях эндовидеоконтроля. К 9-м суткам после оперативного вмешательства определялись незначительное уменьшение в объеме мукопериостального лоскута, сокращение параорбитальной клетчатки. Движение глазного яблока сохранено в полном объеме. По результатам компьютерной томографии воспалительные явления в параорбитальной клетчатки сохранялись до 6 недель после оперативного вмешательства.

Третий пациент. Тампоны удалены на 2-е сутки после оперативного вмешательства. Ежедневно выполнялись инструментальная санация полости носа и промывание околоносовых пазух и орбиты по катетерам. Через 4 недели после полной санации гнойных очагов инфекции в околоносовых пазухах и орбите визуализировалось сокращение объема жировой клетчатки орбиты за счет формирования рубцового процесса и эпителизации. По результатам компьютерной томографии в связи распространением гнойного очага инфекции в орбиту воспалительные явления в параорбитальной клетчатке сохранялись до 3 месяцев после оперативного вмешательства.

Выводы. Сравнение методов пластики бумажной пластинки на разных этапах послеоперационного периода показало, что более эффективными и состоятельными с функциональной точки зрения являются пластика, выполненная мукопериостальным лоскутом, либо метод без закрытия дефекта бумажной пластинки с постепенной самостоятельной эпителизацией параорбитальной клетчаткой. Эти два метода являются методами выбора при оперативном лечении дефектов бумажной пластинки.

УДК 616.211-005.1:362.141

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Гаджимирзаев Г. А., Гаджимирзаева Р. Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367000, г.Махачкала, Дагестан, Россия

ORGANIZATIONAL ISSUES WITH NASAL BLEEDING

Gadzhimirzaev G. A., Gadzhimirzaeva R. G.

Federal State Budgetary Institution Higher Education „Dagestan State Medical University“ of the Ministry of Health of the Russian Federation, Makhachkala, Dagestan, Russia

Среди спонтанных кровотечений носовые кровотечения (НК) по частоте возникновения занимают первое место и являются наиболее распространенным показанием для экстренной госпитализации в ЛОР-стационар. В общей структуре госпитализированных ЛОР-больных лица с носовой геморрагией в современных условиях составляют от 10,5 до 37%.

В середине XX века частота НК колебалась в пределах от 3 до 4,8% от числа госпитализированных ЛОР-больных. В современных условиях отмечается непрерывный рост числа больных с НК.

Больные с НК наиболее часто обращаются в зимние (31,2%) и весенние (24,14%) месяцы. На летний и осенний периоды приходится почти одинаковое количество подобных больных, соответственно 18,7 и 20,3%. Мужчины и женщины страдают НК приблизительно одинаково (49,5 и 50,5% соответственно). Средний возраст больных составляет 50–60 лет.

В 20–25% наблюдений НК связаны с патологией полости носа, околоносовых пазух и носоглотки (местные причины), в остальных – с поражением других органов и систем организма (общие причины).

Перед оториноларингологом в приемном отделении многопрофильной клинической больницы, куда в основном обращаются больные с НК или доставляет их служба скорой медицинской помощи, встает ряд вопросов организационного плана.

В приемном отделении врач-оториноларинголог совместно с интернистами решает вопрос о целесообразности госпитализации в то или иное отделение. Пациентов, доставляемых (преимущественно из сельских районов) в обескровленном, тяжелом, прекоматозном состоянии, целесообразно госпитализировать вначале в реанимационное отделение, с последующим переводом их после улучшения состояния в оториноларингологическое, а по прекращении НК и наличии соответствующих показаний – в профильные терапевтические отделения.

После оказания специализированной врачебной помощи в приемном отделении по остановке НК часть больных можно отпустить на амбулаторное наблюдение по месту жительства. Эти больные, как правило, молодого возраста, у которых геморрагии носа легкой степени и не опасны для жизни. Такие НК легко останавливают путем прижигания кровоточащего участка (как правило, зона Киссельбаха) 10–15% раствором азотнокислого серебра или же методом отслойки слизистой оболочки перегородки носа путем подслизистой инъекции 0,5–1% раствора новокаина в количестве 3–5 мл.

Пациенты же, у которых НК носит рецидивирующий характер, имеют признаки постгеморрагической анемии. Подобная геморрагия является проявлением патологии сердечно-сосудистой, кроветворной, почечной и других систем организма, для остановки которой потребовалось выполнение тампонады носа. Эта категория больных подлежит госпитализации в ЛОР-отделение.

Пострадавшие с комбинированными травмами, при которых травма носа не явилась ведущей, направляются в нейрохирургическое, травматологическое или челюстно-лицевое отделение. Подобные пациенты подлежат совместной курации до окончательной остановки НК.

Госпитализированные в ЛОР-стационар пациенты с симптоматическим кровотечением, наблюдаются в ежедневном режиме врачами совместно с интернистами, которые обсуждают, согласовывают и корректируют проводимое лечение. Вопрос о целесообразности перевода больного в другое отделение после полного гемостаза из носа решается врачом-интернистом соответствующего профиля (кардиолог, гематолог, терапевт, нефролог).

При отсутствии показаний для перевода больного в другое отделение он может быть выписан из ЛОР-стационара под наблюдение врачей по месту жительства. В случае выявления у пациентов, госпитализированных в ЛОР-отделение, патологии со стороны ВДП, которая может явиться причиной НК в дальнейшем (деформация перегородки носа, ангиома полости носа, атрофический ринит и др.), они подлежат дальнейшему пребыванию в стационаре для проведения соответствующей санации верхних дыхательных путей.

УДК 616.213.2-005.1-08-089.45

ТАКТИКА ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ НОСА

Гаджимирзаев Г. А.[1], Тулкин В. Н.[2], Гаджимирзаева Р. Г.[1]

[1] ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367000, г. Махачкала, Дагестан, Россия

[2] ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013,Санкт-Петербург, Россия

TACTICS OF HEMOSTASIS WITH BLEEDING FROM THE POSTERIOR NASAL CAVITY

Gadzhimirzaev G. A.[1], Tulkin V. N.[2], Gadzhimirzaeva R. G.[1]

[1] Federal State Budgetary Institution Higher Education „Dagestan State Medical University“ of the Ministry of Health of the Russian Federation, Makhachkala, Dagestan, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech”, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Различают передние и задние носовые кровотечения (НК). Ориентиром для локализации места кровотечения является средняя носовая раковина. Если геморрагия исходит ниже средней носовой раковины, то НК считаются передними, при расположении места геморрагии выше этой раковины – задними.

По литературным сведениям, ситуации, когда геморрагия исходит из задних отделов полости носа, встречается в 15% случаев НК. Носовое кровотечение из задних отделов полости носа нередко носит упорный, рецидивирующий характер и угрожает жизни больного. Остановка НК из этих отделов связана с большими трудностями и обусловлена главным образом развитой системой анастомозов между ветвями систем наружной и внутренней сонных артерий, а также большим калибром сосудов в задних участках полости носа, чем в передних.

При спонтанных кровотечениях из задних отделов традиционно прибегают к задней (носоглоточной, хоанальной) тампонаде с использованием хоанального тампона из марли в виде тюка величиной с концевые фаланги большого пальца пациента.

Классической задней тампонаде носа присущи весьма серьезные недостатки (травматический характер проводимых манипуляций, болезненность, возобновление кровотечения после извлечения хоанального тампона и др.). В целях устранения перечисленных недостатков используют различные варианты пневматических тампонов.

Для остановки спонтанных НК и профилактики геморрагий после эндоназальных операций предложены носовые тампоны (манжеты) с гелевым чехлом – «Рапид рино». Гелевый чехол содержит активное гемостатическое вещество, которое способствует быстрому гемостазу, ускорению эпителизации и профилактике образования некрозов и синехий. При раздувании манжета легко прилаживается к анатомии полости носа и обеспечивает ровную, мягкую тампонаду.

Исходя из нашего опыта работы можно отметить единственный недостаток данного тампона – невозможность тампонировать носоглотку из-за отсутствия технического решения для одновременной тампонады хоан.

В России разработан латексный катетер «Эпистоп-3» на базе синус-катетера «Ямик», с помощью которого можно одновременно выполнить переднюю и заднюю тампонаду носа. Подобным катетером тампонада проводится быстро, безболезненно, не травмируя слизистую оболочку носа. Все три баллона катетера легко раздуваются, прижимают кровоточащие зоны полости носа и герметически закрывают ноздри и хоаны.

Несомненным преимуществом тампонады носа с помощью «Эпистоп-3» и резиновым тампоном с гелевым чехлом является возможность ими пользоваться специалистам, не владеющими ринологическими методами исследования. Однако высокая стоимость тампонов ограничивает повсеместное их применение на регулярной основе.

В условиях недостаточности задней тампонады носа, других консервативных методов прибегают к хирургическим методам остановки НК.

Внедрение микроэндоскопических методов в ринохирургии позволило блокировать кровоточащие сосуды путем эндоназальной ангиотомии, коагуляции, перевязки или клипирования.

При упорно рецидивирующих тяжелых НК важно расширить вопрос – из системы какой артерии, наружной или внутренней сонной артерии, отходит кровоточащий сосуд. Наиболее информативным методом в подобных случаях является селективная ангиография сонных артерий, позволяющая адекватно спланировать эндоваскулярное вмешательство (эноваскулярную окклюзию, эндоваскулярную эмболизацию) на конечных ветвях сонных артерий.

УДК 616.216.1-002-036.12-089:616.831-009.7

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА УПОРНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ

Гайворонский А. В., Даминов Ю. Э., Неронов Р. В.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» Минздрава России, 199034, Санкт-Петербург, Россия

SURGICAL TREATMENT OF THE STUBBORN HEADACHES SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT SINUSITIS

Gaivoronskii A. V., Daminov Yu. E., Neronov R. V.

Saint Petersburg State University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

По данным литературы, до 81,5% людей, страдающих мигренью, имеют неверно установленный диагноз «синусовая головная боль». На практике при синдроме упорных головных болей мы сталкиваемся с патологией носа и околоносовых пазух в 90–95% случаев. Недавние исследования обнаруживают возросшую коморбидность мигрени и синдрома упорных головных болей с хроническим полисинуситом, что может говорить о вторичном характере болей по отношению к заболеваниям носа и околоносовых пазух (ОНП).

Цель исследования. Определить взаимосвязь между синдромом упорных головных болей и наличием хронического воспалительного процесса в ОНП с преимущественным поражением ячеек решетчатого лабиринта. Определить преимущества предложенного хирургического лечения по сравнению с аналогами при синдроме упорных головных болей и его влияние на качество жизни пациентов.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 328 историй болезни пациентов, оперированных по поводу диагноза хронический гнойный синусит и хронический полипозно-гнойный синусит с периодическими или постоянными головными болями в анамнезе.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что среди пациентов жалобы на головные боли предъявляли 91,4%. У пациентов, страдающих головными болями, выявлен ряд особенностей: у 93,9% пациентов головная боль сопровождалась вегетативными проявлениями; в 96% случаев боль не купировалась приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Данные эндоскопического, инструментального обследований и КТ ОНП тонкими срезами, микробиологического исследования свидетельствовали об особенностях анатомического строения носа и ОНП в сочетании с воспалительными явлениями и присутствием тяжелой микрофлоры.

Всем пациентам была проведена санирующая и реконструктивная полисинусотомия с септопластикой. В 96% случаев головные боли прекратились полностью, в 4% частота и интенсивность головной боли перестали оказывать значительное влияние на качество жизни пациентов. То есть при устранении анатомических предпосылок, очага воспалительной инфекции, восстановлении носового дыхания, аэрации пазух, транспорта секрета мы наблюдаем устранение синдрома упорных головных болей, что говорит о взаимосвязи данных состояний. Описанный способ в 100% случаев оказывает выраженный и стойкий положительный эффект, является эффективным и надежным по сравнению с разработанными на данный момент способами лечения синдрома упорных головных болей и мигрени.

Выводы. У пациентов с синдромом упорных головных болей в 100% случаев определялись особенности анатомического строения, наличие воспалительных или воспалительно-пролиферативных процессов. После выполнения хирургического вмешательства синдром упорных голов-

ных болей был со 100%-ной эффективностью, этиопатогенетически устранен, что значительно повысило качество жизни пациентов. Пациенты с синдромом упорных головных болей, лицевыми болями, а также с установленным диагнозом мигрень в рамках междисциплинарного подхода к лечению пациентов должны быть обследованы оториноларингологом для уточнения диагноза и возможного проведения необходимых лечебных мероприятий для достижения положительного конечного результата и улучшения качества жизни пациентов.

УДК 616.216.1-002-036.15-073.75

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЛАТЕНТНЫХ СИНУСИТОВ

Гайворонский А. В., Трофимова Т. Н., Гудзь А. А., Даминов Ю. Э., Неронов Р. В.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» Минздрава России, 199034, Санкт-Петербург, Россия

RADIOLOGICAL SIGNS OF THE LATENT CHRONIC SINUSITIS

Gaivoronskii A. V., Trofimova T. N., Gudz' A. A., Daminov Yu. E., Neronov R. V.

Saint Petersburg State University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В последнее время участились случаи латентно протекающих синуситов, диагностика которых из-за атипичности клинических признаков затруднена, что является недопустимым, учитывая серьезность осложнений латентного синусита (оптохиазмальный арахноидит, базальный арахноидит, парез отводящего нерва). Одним из методов, способствующих своевременной диагностике латентных синуситов, является компьютерная томография околоносовых пазух (КТ ОНП) тонкими срезами, поскольку данный метод визуализации превосходит другие в плане информативности. Но и при КТ ОНП признаки латентного синусита не столь очевидны, чем определяется необходимость их обозначения.

Цель исследования. Обозначить рентгенологические признаки латентно протекающих хронических синуситов в целях своевременной диагностики заболевания и предупреждения его осложнений.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ историй болезни 142 пациентов ЛОР-отделения клиники «Скандинавия» с диагнозом хронический гнойный синусит, ранее не оперированные. Пациенты были разделены на две группы: 1-ю группу составили 72 пациента с типичными клиническими проявлениями синусита, 2-ю группу – 70 пациентов с латентным хроническим синуситом.

Обеим группам выполнялось КТ ОНП, по данным которой у пациентов I группы определялось неравномерное утолщение слизистой оболочки в верхнечелюстных (87%), лобных (68%), клиновидной (42%) пазухах с обтурацией просвета их соустьев в 98% случаев, в передних (97%) и задних (88%) ячейках решетчатого лабиринта, наличие неоднородного жидкостного содержимого с пузырьками воздуха (82%), concha bullosa средней носовой раковины (68%), искривление носовой перегородки (100%), костные выступы (шипы – 48%, гребни – 62%), сужение или блокирование соустьев, снижение пневматизации пазух. У пациентов 2-й группы определялось: пристеночное утолщение слизистой оболочки передних (32%), задних (98%) ячеек решетчатого лабиринта, клиновидной пазухи (92%) без уровня жидкости, concha bullosa средней носовой раковины(100%), искривление перегородки носа (100%), деформации в виде шипа (59%) и гребня (78%), выраженная ассиметрия и деформация ячеек решетчатого лабиринта (97%) с сужением просвета естественных соустьев, сохранение пневматизации верхнечелюстных, лобных пазух в 100%. Таким образом, анатомические особенности, не приводящие к обтурации соустьев пазух, способствуют развитию латентного течения воспалительного процесса, что обусловливает слабую выраженность клинических признаков синусита.

Выводы. КТ ОНП тонкими срезами благодаря высокой детализации и информативности является методом выбора в диагностике латентных хронических синуситов. Признаками латентных хронических синуситов на КТ-снимках нужно считать: наличие минимального утолщения сли-

зистой в задних ячейках решетчатого лабиринта и структурах остиомеатального комплекса с обтурацией соустьев или без нее; пристеночное утолщение слизистой оболочки в клиновидной пазухе при сохранении ее пневматизации; комплекс анатомических особенностей структур остеомеатального комплекса и ячеек решетчатого лабиринта: уменьшение размеров или блокирование просвета естественных соустьев пазух, наличие concha bullosa средних носовых раковин, деформация структур остиомеатального комплекса, искривление перегородки носа с образованием шипов и гребней, ведущие к сужению просвета носовых ходов.

УДК 616.839:616.212.5-07-08-031.84

ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Гилилов В. И., Лазаренко Н. Н.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

DYNAMICS OF VEGETATIVE BALANCE UNDER THE INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH NASAL SEPTUM PATHOLOGY

Gililov V. I., Lazarenko N. N.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Пациенты и методы исследования. Наблюдались больные с искривлением перегородки носа и перфорацией перегородки носа (МКБ-10, J34.2-8), в возрасте 35,4±2,6 года. Планируется проведение реабилитации данных больных в три этапа: 1-й этап – предоперационная подготовка больных; 2-й этап – ранний восстановительный период после оперативного лечения; 3-й этап – реабилитация больных в отдаленном периоде.

В данной работе лечение проводилось на 1-м этапе. При этом 1-я группа больных (n = 10 человек, контрольная) получала стандартное лечение, 2-я группа – (n = 20 человек, основная) дополнительно получала лазерную терапию от аппарата «Узор 2К», частотой 80 Гц, контактно, в проекции четырех полей (крылья носа и зона гайморовых пазух с двух сторон), по 3–4 мин на одно поле, четыре поля в день, ежедневно, курс 6–8 процедур.

Контроль осуществлялся комплексом современных методов диагностики, в том числе на аппаратно-программном комплексе «Реодин-504». Изучался ряд важных показателей вариабельности сердечного ритма ежедневно (в виде 5-минутного мониторинга по Р. М. Баевскому), среди них индекс вегетативного баланса ИВБ в виде отношения спектров LF/HF (референтный интервал 1,3–1,8).

Обработка статистических данных проводилась с использованием текстового редактора Microsoft Office Word 2007, табличного редактора Microsoft Office Excel 2007, статистических пакетов прикладных программ Statistica 10.0. Адекватность полученной статистической модели проверялось по F-критерию и t-критерию Стьюдента (в двух группах вычислялись нормальность распределения, равенство дисперсий), при этом $p < 0,05$ – достоверность изменений между показателями в группах, по сравнению с исходными значениями показателей; n – число наблюдений, $M \pm m$ средние значения показателя и их ошибки.

Результаты лечения и их обсуждение. При наличии хронического патологического процесса в организме на фоне дисфункции микроциркуляции вовлекаются в процесс и структуры вегетативной нервной системы (ВНС). При этом у большинства больных в 1-й и во 2-й группах исходные значения ИВБ были повышены соответственно на 25,4±1,3 и 25,7±1,5%, что свидетельствовало об усилении влияния симпатической системы. Можно предположить, что при таком состоянии ВНС у данных больных ослаблялся контроль над компенсаторно-приспособительными реакциями. Это проявлялось, прежде всего, затруднением носового дыхания, возникновением у них патологических процессов в околоносовых пазухах и слуховых трубах, что отмечают и другие исследователи. Такая дизрегуляция ВНС могла нарушить специфические сенсорно-моторные функции, а также ухудшить взаимодействие со всеми иерархическими уровнями нервной системы че-

рез эффекты медиаторов. Известно, что стимулирование β-адреноактивности может поддерживать стрессовое состояние больных, а также изменять лабильность вазомоторных реакций тканей носа. Для уменьшения осложнений в послеоперационном периоде, частота которых достигает 27%, нами проводилась предоперационная подготовка больных, включающая лазерную терапию. Так, к концу курса лечения у больных во 2-й группе ИВБ снизился на 24,7±1,3% ($p < 0,05$), а у больных в 1-й группе динамика этого показателя была незначительная.

Выводы. Для больных с искривлением и перфорацией перегородки носа до начала лечения была характерна симпатикотония, которая сопровождалась повышением значений индекса вегетативного баланса.

В предоперационном периоде после проведенного комплексного лечения, включающего лазерную терапию, у больных во 2-й группе показатель ИВБ, являющийся вегетативным коррелятом, начал нормализовываться, что в целом свидетельствовало об улучшении трофики в тканях носа.

УДК 616.216.1-073.756.8:616.216.1-002:616.314

ЗНАЧЕНИЕ ВОЗДУШНОГО ДРЕНАЖА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТАХ

Глазьев И. Е., Пискунов И. С., Пискунов В. С.

ГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305007, г. Курск, Россия

THE VALUE OF THE AIR DRAINAGE OF THE MAXILLARY SINUS IN CHRONIC ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

Glazev I. E., Piskunov I. S., Piskunov V. S.

Kursk State Medical University of Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia

В патогенезе развития хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита (ОВС) ведущую роль имеет воздушная вентиляция верхнечелюстного синуса. На воздушную циркуляцию гайморовой пазухи непосредственное влияние имеет проходимость соустья верхнечелюстной пазухи. Отек слизистой оболочки пазухи и полости носа могут привести к снижению интенсивности потока воздуха вплоть до блока соустья. Различные анатомические варианты строения полости носа и остиомеатального комплекса могут менять геометрию воздушного потока, тем самым опосредованно влиять на воздушную циркуляцию в синусе, приводя к гипоаэрации.

Цель исследования. Установить значение нарушения вентиляции верхнечелюстной пазухи при ОВС с помощью рентгеновской компьютерной томографии (КТ).

Пациенты и методы исследования. Исследование проводилось в отделении рентгеновской компьютерной томографии областной клинической больницы г. Курска на рентгеновских компьютерных томографах GE NX\I и GE VCT в аксиальной и коронарной проекциях у 174 пациентов, в возрасте от 18 до 88 лет с ОВС за период с 2006 по 2016 г. Мужчин было 80 (45,4%), женщин – 94 (53,6%).

Выявленные изменения определялись: справа в 88 случаях (50,6%), слева – в 80 случаях (46%), с обеих сторон – в 6 случаях (3,4%).

Все больные были разделены на три группы в зависимости от рентгеновской картины ОВС. Группа 1 состояла из 83 (47,7%) пациентов с плотными включениями внутри пазухи (пломбировочный материал, грибковые тела). Группа 2 состояла из 50 (28,7%) больных с одонтогенными кистами. Группа 3 состояла из 41 (23,6%) человека с воспалительными изменениями в периодонте.

У всех больных с помощью КТ оценивалась проходимость соустья и устанавливалось наличие вариантов строения полости носа. Отсутствие проходимости соустья выявилось в группе 1 – 18 человек (21,2%), в группе 2 – 10 человек (20%), в группе 3 – 18 человек (43,9%).

У всех больных были выявлены различные анатомические варианты строения полости носа, которые могут напрямую или опосредованно влиять на вентиляцию пазухи. Такие анатомические варианты встречались в группе 1 – 40 человек

(47,1%), в группе 2 – 18 человек (36%), в группе 3 – 20 человек (50%).

В группе 1 искривление носовой перегородки в сторону поражения встречалось у 8 человек (20%), гипертрофированный решетчатый пузырь (bulla ethmoidalis) на стороне поражения встречался у 4 человек (10%), максилоэтмоидальная клетка (Галера) на стороне поражения встречалась у 14 человек (35%), пневматизация средней носовой раковины (concha bullosa) на стороне поражения встречалась у 14 человек (30%), парадоксальное искривление средней носовой раковины с обеих сторон встречалась у 2 человек (5%). В группе 2 искривление носовой перегородки у 8 человек (44,4 %), максилоэтмоидальная клетка – у 6 человек (33,3%), concha bullosa встречалась у 2 человек (11,1%), парадоксальное искривление средних носовых раковин встречалась у 2 человек (11,1%).

В группе 3 искривление носовой перегородки встречалось у 8 человек (40%), bulla ethmoidalis встречался у 4 человек (20%), максилоэтмоидальная клетка встречалась у 5 человек (25%), concha bullosa встречалась у 2 человек (10%), латеральное смещение крючковидного отростка встретилась у 1 человека (5%).

Костные воспалительные изменения в альвеолярном отростке сопровождаются нарушениями циркуляции в пазухе, осложняя течение синусита. В группе 3 нарушения воздушной проходимости соустья встречались наиболее часто (43,9%), в группе 1 они составили 21,2%, в группе 2 – 20%.

Выводы. Наличие анатомических вариантов строения полости носа, приводящих к гипоаэрации верхнечелюстной пазухи, благоприятны для развития бактериальной и грибковой флоры. Такие варианты строения структур полости носа встречались в группе 1 – 47,1% больных, в группе 3 – 50% человек, в группе 2 – 36% больных.

Связь между аэрацией синуса и кистозным одонтогенным синуситом выявить не удалось.

УДК 616.211-006.441-07

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ NK/T-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ НАЗАЛЬНОГО ТИПА

Головчанская Е. В.[1], Кравцова Е. Н.[2], Игнатьева Е. Л.[1]

[1] ГБУЗ «Республиканская больница им. В. А. Баранова », 185014, г. Петрозаводск, Карелия, Россия

[2] ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», 185000, г. Петрозаводск, Карелия

DIAGNOSTIC DIFFICULTIES NK/T-CELL LYMPHOMA, NASAL TYPE

Golovchanskaya E. V.[1], Kravtsova E. N.[2], Ignat'eva E. L.[1]

[1] Republican Hospital named after V. A Baranov, Petrozavodsk, Russia

[2] Petrozavodsk State University, Petrozavodsk, Russia

Из всех видов лимфом для оториноларинголога особый интерес представляет экстранодальная NK\T-клеточная лимфома назального типа. Однако назальная локализация неходжкинской лимфомы (НХЛ) является очень редкой. По данным литературы, локализация экстранодальной NK\T-клеточной лимфомы в области носа и околоносовых пазух составляет менее 3% от всех лимфом с экстранодальным ростом. Назальная NK\T-клеточная лимфома поражает верхние дыхательный и пищеварительный тракты. Болеют чаще мужчины в возрасте 40–60 лет. Клинически заболевание проявляется как деструктивное массивное поражение полости носа, носоглотки, параназальных синусов, миндалин, гортанной части глотки, гортани с частыми кровотечениями из слизистой оболочки полости носа и полости рта. Деструкция твердого неба с характерной перфорацией и неблагоприятное течение заболевания послужили поводом к введению термина «летальная срединная гранулема». Поражение костного мозга встречается менее чем у 10% больных. В развитии данного вида лимфом важную роль играет вирус Эпштейна–Барр, что подтверждается выявлением в клетках опухоли генома этого вируса. Начальные клинические проявления NK\T-клеточной лимфомы с локализацией в полости носа и придаточных пазухах носа могут протекать также и под маской синусита.

Клиническое наблюдение. *Пациент А., 53 лет, госпитализирован в ЛОР-отделение с жалобами на рецидивирующие носовые кровотечения из левой половины носа. Из анамнеза заболевания было известно, что в течение полугода пациента беспокоили частые выделения из левой половины носа. Последние 2 месяца появились боли в левой половине лица, постоянные гнойные выделения из левой половины носа с неприятным запахом. На спиральной компьютерной томографии (СКТ) околоносовых пазух (ОНП) была видна тотально заполненная мягкотканым содержимым вернечелюстная пазуха. Отмечались деструкция медиальной, нижней стенок максилярной пазухи, деструкция нижней и средней носовых раковин левой половины носа. Обращал на себя внимание выраженный зловонный запах, исходящий от пациента. При эндоскопии визуализировались проявления выраженного атрофического процесса: отсутствовала нижняя и частично средняя носовые раковины, определялась деструкция медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, участков твердого неба. Пациенту неоднократно производилось гистологическое исследование тканей слизистой полости носа, верхнечелюстной пазухи. Однако результаты гистологического исследования демонстрировали лишь наличие выраженного некротического процесса. Учитывая особенности клинического течения патологического процесса: лихорадку, высокую лабораторную активность, можно было предположить развитие у пациента гранулематоза Вегенера. В то же время отсутствие антинейтрофильных антител, поражения легких, почек и одностороннее поражение пазух не укладывалось в типичную картину этого заболевания, что явилось поводом для исключения ряда других патологических состояний (туберкулез, сифилис, рак, грибковое поражение). Несмотря на множественные обширные поражения слизистой оболочки полости носа, верхнечелюстной пазухи, опасность кровотечения, удалось получить достаточное количество биопсийного материла для проведения морфологической и молекулярнй идентификации. Последнее гистологическое исследование показало наличие у пациента низкодифференцированного плоскоклеточного неороговевающего рака. Тем не менее биопсийный материал дважды отправлялся на ИГХ-исследование, по результатам которого и был поставлен диагноз экстранодальной NK/T-клеточной лимфомы. В настоящее время пациент получает лечение в гематологическом отделении.*

Заключение. Особенности данного клинического случая демонстрируют трудности диагностики экстранодальной NK\T-клеточной лимфомы, обусловленные низкой информативной ценностью гистологического материла. Забор достаточного объема биопсийного материала для проведения морфологического ИГХ-исследования является обязательным условием для четкой верификации диагноза, так как данный вид лимфомы характеризуется выраженным зональным некрозом и незначительное количество гистологического материла часто демонстрирует только некротические изменения.

УДК [616.211+616.216]-002-006.5-08

СОЧЕТАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНОГО РИНОСИНУСИТА

Добрынин К. Б., Портенко Г. М.

ФГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь, Россия

IN A CONCERTED FASHION TREATMENT POLYPOUS-PURULENT RHINOSINUSITIS

Dobrynin K. B., Portenko G. M.

Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

Существующие разнообразные методы лечения полипозного риносинусита в послеоперационном периоде в большей степени имеют основания достичь длительного безрецидивного периода. В лечебной практике оториноларингологи определяют задачу найти баланс сочетания хирургического и терапевтического лечения полипозного риносинусита (ПР), в последнее время хирургический метод лечения является первостепенным. Подходы к лечению полипозно-гнойного риносинусита (ПГР) представляется еще более трудной задачей, так как это заболевание сопровождается иммунным дисбалансом, в котором значительную роль играют инфекционные факторы, гемостазиологические и реологические изменения крови, признаки иммунного воспаления, изменения состояния микрофлоры кишечника.

Цель исследования. Разработка способа противорецидивного лечения ПГР на основании анализа гемостазиологических и реологических показателей крови, признаков иммунного воспаления по показателям крови, состояния микрофлоры кишечника.

Пациенты и методы исследования. Было обследовано 40 больных ПГР в возрасте от 27 до 60 лет (женщин – 18, мужчин – 22). У всех обследованных больных исключались заболевания, связанные с нарушением гемостаза и реологии крови, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. При диагностической пункции был получен гной.

Проведено клиническое исследование показателей гемостаза и реологии крови, показателей признаков иммунного воспаления: клинический анализ крови, спонтанная агрегация тромбоцитов (АТ), АТ с 5 мкмоль АДФ, АТ с 0,5 мкмоль АДФ, АТ с эпинефрином, АТ с коллагеном, фибриноген, фибринмономерные комплексы (ФМК), антитромбин III, D – димер, количественный С – реактивный белок (СРБ), интерлейкин-6 (ИЛ-6), осмотическая резистентность эритроцитов с 0,9% NaCl, с 0,45% NaCl, сорбционная способность эритроцитов, состояние микрофлоры кишечника биохимическим экспресс-методом определения протеолитической активности супернатантов фекалия.

Результаты исследования. При анализе клинического обследования больных ПГР выявлены изменения: спонтанная гиперагрегация, гиперагрегация тромбоцитов с АДФ, с коллагеном, с эпинефрином, повышение показателей фибриногена, фибринмономерных комплексов, D – димера, повышение осмотической резистентности эритроцитов, сорбционной способности эритроцитов, повышение показателей количественного СРБ и ИЛ-6, дизбактериоз кишечника разной степени выявлен в 87% случаев.

На основании вышеуказанных изменений в послеоперационном периоде (эндоскопическая полипоэтмоидотомия) на 1-е сутки проводилось локальное внутрипазушное озонирование в различных кратных применениях до чистой промывной жидкости. В последующем проводилась внутривенная озонотерапия (0,9% NaCl – 200,0) – 4 процедуры. Одновременно назначался дезагрегант теотард (теофиллин) по 200 мг 2 раза в сутки и пробиотик бифиформ по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 14 дней. Повторный курс сочетанного лечения проводился через 6 месяцев.

Контрольную группу составили 20 больных ПГР, которым проводилось традиционное с лечение (антибиотики, антисептики, симтоматическое лечение).

При сроках наблюдения 4 года в основной группе рецидив отмечен у 3 больных (7,5% случаев), которым был проведен повторный курс лечения по предложенному способу. В контрольной группе рецидив наступил у 6 больных (30% случаев).

Выводы. Разработан сочетанный способ противорецидивного лечения полипозно-гнойного риносинусита на основании выявленных изменений состояния гемостаза и реологии крови, признаков иммунного воспаления, состояния микрофлоры кишечника как провоцирующих факторов риска рецидивирования.

УДК 616.216.1-002:616.158.96

ДИНАМИКА УРОВНЯ АКТИВНОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ

Завалий М. А., Завалий А. А., Кубышкин А. В., Балабанцев А. Г.

ГБОУ ВО «Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», 295006, г. Симферополь, Республика Крым, Россия

THE DYNAMICS OF THE LEVEL OF ACTIVITY OF NON-SPECIFIC PROTEASES AND THEIR INHIBITORS IN PATIENTS WITH ACUTE RHINOSINUSITIS

Zavalii M. A., Zavalii A. A., Kubyshkin A. V., Balabantsev A. G.

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky Simferopol, Republic of Crimea

В настоящее время заболеваемость острым риносинуситом (РС) составляет около 12,7 на 1000 населения. Около 10 миллионов россиян ежегодно переносят острый РС. Развитие любого воспалительного процесса, в том числе в полости носа и околоносовых пазухах, сопровождается высвобождением и активацией большого семейства неспецифических протеиназ гранулоцитов. Они относятся к группе классических эффекторных факторов, от которых зависит степень деструкции тканей при патологии, и их определение может дать представление об общих закономерностях развития процесса. Причем активация клеточных протеиназ происходит на фоне изменения состояния их эндогенных ингибиторов с изменением протеиназ-ингибиторного баланса. В связи с этим определение показателей неспецифической протеиназ-ингибиторной системы можно использовать в качестве маркеров оценки развития воспалительного процесса, в том числе в полости носа и околоносовых пазухах.

Цель исследования. Определить в периферической крови и синоназальном секрете характер и степень изменений неспецифических протеиназ и их ингибиторов для оценки и составления прогноза воспалительного процесса у больных острыми риносинуситами.

Пациенты и методы исследования. Было обследовано 93 человек с ОРС в возрасте от 20 до 50 лет. Больные были разделены на две группы: первую составили 45 человек с острым катальным РС, вторую – 48 больных гнойным РС. В группу контроля вошли 12 здоровых человек – добровольцев. Материалом для исследования являлись сыворотка крови и синоназальный секрет больных острым РС. Эластазоподобную активность (ЭПА) определяли по скорости ферментативного гидролиза синтетического субстрата N-т-бок-L-аланил-п-нитрофенилового эфира, трипсиноподобную активность (ТПА) – по скорости отщепления бензоил-аргинина от N-α-бензоил-L-аргинин-этилового эфира, антитриптическую активность (АТА) и кислотостабильные ингибиторы (КСИ) – по торможению биологическим материалом ферментативного гидролиза трипсином ВАЕЕ. Статистическую обработку результатов проводили методами вариационной статистики с использованием критерия достоверности Стьюдента и достоверными считали различия показателей при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Было выявлено, что развитие риносинусита сопровождалось изменениями в состоянии активности протеиназ и их ингибиторов на системном и локальном уровнях. Изменения зависели от характера риносинусита. В крови при катаральном РС наблюдалась только тенденция к росту ЭПА и ТПА по сравнению со здоровыми людьми, у больных гнойным РС показатель ЭПА превысил норму на 35,0% ($p < 0,001$), а уровень ТПА был на 47,3% ($p < 0,001$) выше аналогичного показателя здоровых людей. На фоне роста активности протеиназ в сыворотке крови происходило увеличение антипротеиназного потенциала. И если при катаральном РС прослеживалась лишь тенденция к увеличению антитриптической активности и уровня кислотостабильных ингибиторов протеиназ, то развитие гнойного РС вызвало достоверное повышение АТА на 46,4% ($p < 0,001$) по сравнению с нормой.

Исследование синоназального секрета у больных РС показало более выраженные изменения всех показателей, которые также зависели от характера развившегося риносинусита. Существенно увеличивалась насыщенность синоназального секрета белком. Уровень общего белка в секрете больных с катаральным РС превысил показатель здоровых людей на 60,6% ($p < 0,05$), а при развитии гнойного РС уровень данного показателя увеличился в 4,8 раза ($p < 0,001$) по сравнению с показателем нормы. Параллельно с уровнем белка происходил рост протеолитиче-

ской активности по сравнению с аналогичными показателями здоровых людей. Уже при катаральном РС отмечено достоверное повышение как эластазоподобных, так и трипсиноподобных протеиназ. При гнойном риносинусите ЭПА и ТПА в секрете больных увеличивались еще больше, превосходя в 4,3 и 3,2 раза соответственно уровень показателей у здоровых людей и больше чем в 2 раза уровень протеолитической активности при катаральном РС.

Анализ антипротеиназной активности синоназального секрета показал, что характер изменения ингибиторов протеиназ более существенно зависит от вида риносинусита. При катаральном РС уровень АТА и КСИ увеличился в 1,9 и 1,7 раза соответственно. В то же время при гнойном риносинусите наблюдалось снижение уровня ингибиторов протеиназ в синоназальном секрете по сравнению с нормой и катаральной формой заболевания. Уровень АТА в секрете больных гнойным РС уменьшается более чем в 2 раза по сравнению с катаральной формой РС и выявляется на уровне значений здоровых лиц. Уровень КСИ снижается еще более существенно, и у больных с гнойным РС кислотостабильные ингибиторы выявляются на уровне, который не только в три раза ниже показателя больных с катаральным РС, но и на 44,1% ниже показателя здоровых людей.

Выводы. Определение активности неспецифических протеиназ и их ингибиторов в синоназальном секрете больных с острым риносинуситом отражает характер острого воспалительного процесса и риск формирования деструктивных изменений в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазухах.

Развитие острого гнойного риносинусита сопровождается формированием выраженного локального дисбаланса протеиназ-ингибиторной системы, проявляющегося увеличением активности неспецифических протеиназ и снижением активности их ингибиторов, что создает условия для развития деструктивных нарушений в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух и формирования тенденции к хронизации процесса.

УДК 616.216.1-002:615.235:616.158.96

ВЛИЯНИЕ МУКОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОТЕИНАЗ-ИНГИБИТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Завалий М. А., Кубышкин А. В., Завалий А. А., Балабанцев А. Г.

ГБОУ ВО «Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», 295006, г. Симферополь, Республика Крым, Россия

STATE INDICATORS PROTEINASE-INHIBITOR SYSTEM PATIENTS WITH ACUTE PURULENT RHINOSINUSITIS AT ACTION DRUGS MUCOACTIVE

Zavalii M. A., Kubyshkin A. V., Zavalii A. A., Balabantsev A. G.

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky Simferopol, Republic of Crimea

Острый гнойный риносинусит (ОРС) является распространенным заболеванием, которое развивается на фоне перенесенного ОРВИ или острого катарального воспаления в околоносовых пазухах. Частота встречаемости составляет 2–10%. По данным статистики, за последние 10 лет удельный вес риносинуситов среди стационарной оториноларингологической патологии составляет 28–35%, что подтверждает актуальность проблемы их ранней диагностики и своевременного качественного лечения. Одной из ведущих причин осложненного течения острого гнойного РС является формирование стойкой дисфункции мукоцилиарной транспортной системы (МЦТС). Нарушение функции МЦТС обусловлено многими причинами: отеком слизистой оболочки, блоком естественного соустья пазух, развитием клеточной инфильтрации и гиперсекреции слизистой оболочки, нарушением кислотного равновесия и реологических свойств секрета. При этом происходит его инфильтрация большим количеством нейтрофилов, которые при разрушении или экзоцитозе выделяют протеиназы. Способность протеиназ, в первую очередь эластазы нейтрофилов, разрушать как клеточные,

так и внеклеточные структуры, во многом обеспечивает механизм развития осложнений. Для нормализации реологических свойств секрета, улучшения его выведения и восстановления аэрации околоносовых пазух в комплексном лечении острого гнойного РС применяют мукоактивные препараты, рациональное назначение которых требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Определить влияние мукоактивных препаратов разных групп на активность неспецифических протеиназ и их ингибиторов в сыворотке крови и синоназальном секрете при лечении больных острым гнойным риносинуситом.

Пациенты и методы исследования. Было пролечено 48 больных острым гнойным риносинуситом, разделенных на группы в зависимости от применяемого мукоактивного препарата: в 1-й группе (n = 11) использовали N-ацетилцистеин, во 2-й группе (n = 14) – S-карбоксиметилцистеин, в 3-й группе (n = 13) применяли растительный фитониринговый препарат (BNO-101) синупрет. Контрольную группу составили больные (n = 10), которые в комплексе лечения мукоактивные препараты не получали. Показатели нормы определяли у 12 здоровых волонтеров. Материалом для исследования являлись сыворотка крови и синоназальный секрет больных. Изучали: эластазоподобную активность, трипсиноподобную активность, антитриптическую активность и кислотостабильные ингибиторы.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали двух-трехкратный рост трипсиноподобной и эластазоподобной активности синоназального секрета на фоне отсутствия реакции со стороны ингибиторов протеиназ у больных острым гнойным риносинуситом. Курс лечения оказал положительный эффект на динамику клинических симптомов и привел к увеличению ингибиторного потенциала и снижению протеолитической активности в сыворотке крови и синоназальном секрете.

Наибольший уровень ингибиторного потенциала зафиксирован при приеме BNO-101: на 10-й день исследования наблюдали статистически значимое повышение антитриптической активности и уровня кислотостабильных ингибиторов.

Заключение. Исследование показало, что снижение активности протеиназ и нормализация уровня их ингибиторов зависят от характера применяемого мукоактивного агента. Наиболее эффективный вариант терапии снижает агрессивное воздействие неспецифических протеиназ на слизистые и соединительно-тканные структуры. Использование мукоактивных препаратов способствует восстановлению структуры и функциональной активности слизистой оболочки, что приводит к увеличению синтеза и секреции кислотостабильных ингибиторов протеиназ, являющихся одним из ключевых компонентов местной антипротеиназной защиты.

УДК 616.211+616.216-089.5

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В ХИРУРГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Карасева Р. С., Коркмазов А. М.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 454092, г. Челябинск, Россия

THE IMPROVEMENT OF ANESTHESIA IN SURGERY OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

Karaseva R. S., Korkmazov A. M.

South Ural state medical University, Ministry of health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

Основной задачей современной анестезиологической службы является создание наиболее эффективного и безопасного анестезиологического пособия при проведении хирургических вмешательств, в том числе и практической оториноларингологии, которая реализуется не только проведением безопасного, эффективного обезболивания пациентов во время операции, но обеспечением и поддержанием жизни больного до, во время и после оперативного вмешательства, созданием оптимальных условий для работы хирурга. В этом контексте оториноларингологические пациенты имеют ряд особенностей, обусловленных локализацией операционного поля, чрезвычайной рефлексогенностью зон операционного поля, обильной васкуляризацией, необходимостью обеспечения «сухого» операционного поля для более комфортной работы хирурга, профилактики аспирации крови и попадания ее в желудок, раннего восстановления сознания и адекватного самостоятельного дыхания и т. д. Касательно ринохирургических оперативных вмешательств, продолжаются дискуссии об оптимальном выборе анестезии и о способах купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде. Например, опиатные анальгетики устраняют преимущественно спонтанную послеоперационную боль и малоэффективны при индуцированной боли, а нестероидные противовоспалительные препараты сравнительно эффективны в отношении как спонтанной, так и индуцированной боли, что связано с их способностью подавлять синтез простагландинов посредством ингибирования активности циклооксигеназы. Традиционная общая анестезия с интубацией трахеи, являясь оптимальным методом защиты пациента от хирургического стресса, все же имеет ряд недостатков: это длительное пробуждение, остаточная миорелаксация, повышенная вероятность развития болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде. Последние годы проявляется интерес к комбинированной анестезии, где сочетается местная и регионарная анестезия с общей анестезией. Исходя из сказанного в рамках мультимодального подхода лечения боли нами была поставлена цель совершенствовать анестезиологическое обеспечение периоперационного периода ринологических пациентов. Для реализации поставленной цели были сформированы две группы: группа из 32 пациентов, оперированных в условиях общей анестезии с интубацией трахеи, и вторая группа из 34 пациентов, где к общей анестезии с интубацией трахеи добавлена регионарная анестезия (ветвей тройничного нерва надблокового и инфраорбитального 0,75-процентным раствором ропивакаина). Указанный препарат менее токсичный по сравнению с предыдущими местными анестетиками при внутрисосудистом введении обладает еще и вазокострикторным действием, приводящим к дополнительной анемизации зоны операционного поля.

Оценка эффективности анестезии проводилась путем мониторирования гемодинамических параметров (САД, ДАД, АДср, ЧСС), дозы анестетиков. После окончания операции и выведения из анестезии пациенты переводились в палату пробуждения, где проводили мониторирование гемодинамических показателей и определяли интенсивность болевого синдрома по 10-балльной шкале ВАШ, наличие других жалоб (головные боли, клинические проявления артериальной гипертензии, ПОТР и т. д.). При достижении показателей 5–6 баллов по шкале ВАШ проводилось обезболивание НПВС или трамадолом. Материал обрабатывался методом вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ SPSS Statistics 17.0 для Windows. Различия считались достоверными при p меньше 0,05 (критерий Манна–Уитни). Полученные результаты у пациентов второй группы продемонстрировали более стабильную гемодинамику, меньшую потребность в севофлюране, болевой синдром был менее выражен и возникал достоверно поз-

же, и, как следствие, потребность в анальгетиках в послеоперационном периоде была ниже. Кровопотери в обеих группах были практически одинаковы, т. е. региональный блок не ведет к ее увеличению. Временные затраты на проведение регионарной анестезии нивелировались ранним пробуждением пациента в связи со снижением дозы системных анестетиков (нет достоверной разницы в длительность анестезии в обеих группах).

Заключение. Таким образом, методика комбинированной анестезии заметно улучшает качество периоперационного периода у больных, перенесших ринохирургические вмешательства, способствует снижению интенсивности послеоперационного болевого синдрома.

УДК 616.212/.214.4:572.7:616.216.1-002-036.12

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ РАЗМЕРОВ CONCHA BULLOSA И СРЕДНЕГО НОСОВОГО ХОДА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Козырева Д. В., Рыбалкин С. В.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, 123182, Москва, Россия

PATHOGENETIC SIGNIFICANCE OF MORPHOMETRIC DIMENSIONS AND CONCHA BULLOSA OF THE MIDDLE NASAL PASSAGE FOR CHRONIC MAXILLARY SINUSITIS

Kozireva D. V., Rybalkin S. V.

Federal State Budgetary Institution "Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology" to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

Важным фактором развития, затяжного течения и хронизации воспалительного процесса в околоносовых пазухах (ОНП) являются разнообразные изменения внутриносовой архитектоники, вызывающие обструкцию остиомеатального комплекса. Concha bullosa (CB), по данным разных авторов, встречается от 24 до 50% клинических наблюдений, при этом хронический синусит развивается у 33–45,8% пациентов с данной аномалией. Другие исследования указывают на отсутствие четкой корреляционной связи между наличием CB и развитием хронического синусита (Stallman J. S. et al., 2004).

Цель исследования. Проверка гипотезы о возможной зависимости размеров CB на развитие патологических процессов в верхнечелюстных пазухах (ВЧП) и решетчатых пазухах (РП) по данным компьютерной томографии околоносовых пазух (КТ ОНП).

Пациенты и методы исследования. В исследование был включен 101 пациент в возрасте от 16 до 78 лет. Хронический синусит диагностирован у 71 пациента. КТ ОНП проводилась в коронарной, аксиальной и сагиттальной проекциях. Результаты обрабатывались с помощью программного обеспечения CDVIEWER, E-Film. Для оценки патологических изменений в околоносовых пазухах использовалась балльная система характеристик по Lund/Mackey (1993).

Результаты и обсуждение. По данным КТ ОНП CB выявлена у 34,1% пациентов исследуемой группы с хроническим риносинуситом и сопровождалась патологическими изменениями в ОНП. У пациентов контрольной группы без изменений в ОНП CB определялась в 31,6% наблюдений. Чаще CB определялась с одной стороны (66,7%), реже аномалия была двухсторонней (33,3%). У пациентов с хроническим риносинуситом диаметр CB варьировал от 1,3 до 23,1 мм, у пациентов без патологии ОНП – от 5,02 до 18,96 мм. В ОНП при наличии CB чаще определялось пристеночное утолщение слизистой оболочки (24,3%), полипозный процесс диагностирован значительно реже (3,8%), причем на стороне CB – в 68,4% наблюдений. Кисты ВЧП в сочетании с CB отмечены у 27,3% пациентов исследуемой группы, причем на стороне CB – в 18,2% наблюдений.

Для проверки гипотезы о возможной зависимости размеров CB на развитие патологических процессов в ВЧП пациенты были разделены по диаметру клеток CB на следующие группы: 4–5 мм, 6–10, 11 мм и более. В связи с тем что распреде-

ление размеров СВ существенно не отклоняется от нормального распределения, было определено число выборочных значений критерия согласия Пирсона (χ^2). При диаметре СВ 4–5 мм патология в ВЧП определялась в 10,0–11,1% наблюдений, при диаметре 6–10 мм – в 15,0–22,2%, при диаметре более 11 мм – в 33,3–35,0%. Однако при различных размерах СВ независимо от стороны поражения достоверных статистических различий между наличием или отсутствием патологических изменений в ВЧП не выявлено. Также не выявлена статистически значимая связь между группами с различными изменениями ВЧП на одноименной или противоположной стороне СВ и разными ее размерами справа и слева ($p > 0{,}005$). Причем большие размеры СВ не соответствовали тотальному или субтотальному поражению ВЧП.

Также мы провели проверку гипотезы о возможном развитии патологических процессов в РП в зависимости от наличия и размеров СВ. При диаметре СВ 4–5 мм патология в РП определялась в 7,7% наблюдений, при диаметре 6–10 мм – в 7,7–25,0%, при диаметре более 11 мм – в 41,7–61,5%. Используя критерий согласия Пирсона (χ^2), между группами с различными размерами СВ при наличии или отсутствии изменений в решетчатых пазухах статистически значимых и достоверных различий получено не было ($p > 0{,}05$, применен критерий Крускалла–Уоллиса).

В дальнейшем мы изучали влияние расстояния от средней раковины до латеральной стенки носа на развитие патологии в ВЧП. Анализируя полученные данные, установлено, что есть достоверное преобладание больных с изменениями ВЧП справа и слева при уменьшении расстояния от средней раковины до латеральной стенки полости носа ($p < 0{,}05$): при расстоянии до 3 мм изменения определялись в 27,3–30,9% случаев, тогда как при расстоянии от 4 мм и более – менее чем у 25,5% пациентов. Однако статистически значимого преобладания обследованных пациентов с изменениями в РП справа и слева при уменьшении расстояния от средней раковины до латеральной стенки полости носа отмечено не было ($p > 0{,}005$).

Выводы. По данным КТ ОНП СВ выявлена у 34,1% пациентов с хроническим риносинуситом. Для исследуемой выборки пациентов наличие и размер СВ не является дополнительным фактором риска для развития хронического воспалительного процесса в ВЧП и РП. В нашем исследовании вопрос о возможном влиянии данной аномалии на развитие хронического гаймороэтмоидита не нашел должного подтверждения и остается открытым.

Вероятно, на степень выраженности хронического процесса влияет расположение самой средней раковины по отношению к латеральной стенке полости носа, о чем свидетельствует статистически достоверное преобладание пациентов с изменениями ВЧП при уменьшении расстояния от средней раковины до латеральной стенки полости носа менее 3 мм.

УДК 616.211-008.4-089:616.831-009.7

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦЕФАЛГИИ

Кокорина В. Э., Васильева Ю. О.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 680000, г. Хабаровск, Россия

THE INFLUENCE OF THE CIRRECTION OF NASAL OBSTRUCTION TO THE HEADACHE

Kokorina V. E., Vasil'eva Yu. O.

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

Рецидивирующие головные боли являются одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. Данная проблема относится к сфере интересов врачей многих специальностей, и при комплексном обследовании пациентов выполнением магнитно-резонанской и компьютерной томографии довольно часто диагностируется патология полости носа и околоносовых пазух с аномалиями их строения. Подтверждение причинно-следственных связей между выявленной патологией полости носа и околоносовых пазух и жалобами пациентов на головную боль бывает в большинстве случаев затруднено. Сохранение цефалгии после проведенной хирургической коррекции носового дыхания приводит к неудовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи. Таким образом, актуальными являются исследования, направленные на оценку влияния хирургического восстановления носового дыхания на выраженность головной боли.

Цель исследования. Установление влияния хирургического восстановления носового дыхания с коррекцией анатомических аномалий на выраженность головных болей.

Пациенты и методы исследования. На базе клиники оториноларингологии Дальневосточного государственного медицинского университета за период с 2014 по 2017 г. были обследованы 475 пациентов с головной болью различной интенсивности. Все пациенты были обследованы смежными специалистами, а радиологическое обследование выявило у них сопутствующую патологию полости носа и околоносовых пазух. Все пациенты, учитывая выраженность интенсивности болевого синдрома с применением визуально-аналоговой шкалы боли и цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ, numerical rating scale, NRS), которая также предназначена для определения интенсивности боли, были разделены на три исследуемые группы.

1-я группа – легкая головная боль – 128 (26,9%), средней степени выраженности – 286 (60,2%), тяжелая головная боль – 61(12,8%). При госпитализации в отделение в дополнение к выполненному стандартному оториноларингологическому осмотру и радиологическому обследованию всем пациентам выполнялось эндоскопическое обследование полости носа, тестирование пациентов с применением аналоговых шкал.

Превалирующей патологией у пациентов первой группы явились: деформация носовой перегородки в сочетании с гипертрофией нижних носовых раковин (79 пациентов), хронический верхнечелюстной синусит с наличием кисты верхнечелюстной пазухи (49%).

Во второй группе в большинстве случаев диагностировались сочетанная патология остиомеатального комплекса, искривление носовой перегородки и хронический гипертрофический ринит – 169.

У пациентов третьей группы, несмотря на выраженную головную боль, комплексное оториноларингологическое обследование в большинстве случаев выявило – деформацию носовой перегородки (46 человек) в сочетании с хроническим верхнечелюстным синуситом – кисты верхнечелюстной пазухи (15). Причем у пациентов с выраженной цефалгией в сочетании с кистами верхнечелюстных пазух, кисты заполняли преимущественно не более трети объема верхнечелюстной пазухи.

Все пациенты были прооперированы в соответствии с выявленной патологией с применением эндоскопической и радиоволновой техники. Хороший функциональный результат позволил у большинства пациентов значительно улучшить носовой дыхание – 426 (89,7%). После выписки из стационара по стандартной методике на протяжении 1 месяца пациенты получали топические кортикостероиды по стандартным схемам.

Контрольный осмотр через 1 и 3 месяца с повторным анкетированием позволил установить динамику головной боли в послеоперационный период. Наиболее выраженная положительная динамика отмечена у пациентов второй группы –

исчезновение головной боли или значительное ее снижение отметили 156 пациентов преимущественно с патологией остиомеатального комплекса. У пациентов первой группы в большинстве случаев отмечалось незначительное уменьшение интенсивности головной боли (87 пациентов). У остальных пациентов и у 54 пациентов третьей группы наблюдения улучшение носового дыхания в послеоперационной периоде не привело к значимой динамике интенсивности головной боли.

Выводы. У пациентов с цефалгией разной степени выраженности при диагностическом обследовании часто выявляется сопутствующая патология полости носа и околоносовых пазух. Коррекция выявленных нарушений, приводя в большинстве случаев к улучшению носового дыхания, не всегда приводит к уменьшению интенсивности головной боли. Наиболее выраженное уменьшение головной боли отмечено у пациентов с патологией остиомеатального комплекса.

УДК 616.216.1-002-006.5-036.12:575.174.015.3

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЛАКТАЗЫ LCT (TC-13910; CC-13910) И ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Кокорина О. В., Боева В. И., Дворянчиков В. В.

ГБКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

SOME ISSUES THE ASSOCIATION OF GENE POLYMORPHISM OF THE LACTASE LCT (TC-13910; CC-13910) AND CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS

Kokorina O. V., Boeva V. I., Dvorjanchikov V. V.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

В процессе эволюции человеческой популяции в некоторых регионах земного шара сформировались группы, у которых появилась способность к расщеплению молочного сахара (дисахарида лактозы) на глюкозу и галактозу, сохраняющаяся в течение всей жизни.

Лактазная персистенция (лактазная активность), присуща $^{1}/_{3}$ населения, при этом самый высокий уровень наблюдается у жителей Северной Европы (Скандинавских стран, Германии и Великобритании), достигая 90%; а самый низкий встречается среди населения Юго-Восточной Азии и Африки (Вьетнам, Китай и др.) до 0–5 %. Выявлены два основных вида полиморфизма гена MCM6, ответственного за синтез лактазы, один из них находится в 14 kb от локуса LCT, в котором произошла замена цитозина тимидином в позиции 13910, второй полиморфизм расположен на 8kb ближе к теломерному участку хромосомы, замена гуанина аденином, выявлена в позиции 22018. Уровень активности лактазы с генотипом ТТ (13910) почти в 5 раз превышает уровень фермента при генотипе СТ и в 10 раз при генотипе СС. При генотипах СС 13910 и GG 22018 наблюдается полное отсутствие лактазной активности.

Цель исследования. Определение полиморфизма регуляторного участка MCM6 гена LCT, полиморфизмы которого (TC-13910; CC-13910), ассоциированы с хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС).

Пациенты и методы исследования. Проведено обследование 84 человек, из которых 34 включены в группу обследования и наблюдения. Распределение по возрасту составило от 19 до 63 лет (14 женщин и 20 мужчин). Критериями включения в группу были первичное обращение и установление диагноза – хронический полипозный риносинусит, отсутствие выполненных ранее операций в полости носа. Диагноз устанавливался на основании жалоб больного, данных эндоскопического осмотра полости носа, включая фиброэндоскопию, данных компьютерной томографии околоносовых пазух (КТ ОНП). В зависимости от

распространенности патологического процесса выделялись I–IV степени полипов:

– I – полипов в полости носа визуально нет, беспокоят отек и затруднение носового дыхания, на КТ ОНП определяется снижение пневматизации клеток решетчатого лабиринта;

– II – при эндоскопии определяются полипы в области среднего носового хода, больные предъявляли жалобы на чувство заложенности носа, на КТ ОНП снижение пневматизации клеток решетчатого лабиринта за счет отека слизистой оболочки;

– III – при эндоскопии полипозная ткань определяется на уровне нижнего края средней носовой раковины и перекрывает $^1/_2$ общего носового хода;

– 4 – тотальная обструкция.

Варианты полиморфизма MCM6 у всех больных определяли ПЦР в реальном времени с использованием наборов фирмы «ДНК-технология, Россия» и прибора для амплификации ДНК (ДТ-лайт той же фирмы).

Основные результаты. Длительность заболевания от появления первых симптомов нарушения носового дыхания и (или) обоняния до обращения в среднем была от 2 до 5 лет. По распространенности полипозного процесса количество больных составило: 1-й степени – 3 человека (8,8%), 2-й – 4 (11,8%), 3-й – 12 (35,3%), 4-й – 15 (44,1%). Генотипы обследованных 34 лиц распределялись следующим образом: 5% – TT, 50% – TC, 45% – CC. Наиболее часто выявлялся генотип CC – 18 (12 мужчин и 6 женщин), CT – 14 (8 мужчин и 6 женщин), TT – 2 (мужчины).

Заключение. Полученные данные демонстрируют преобладание у лиц ХРС в 94,2% случаев версии генотипа CC и CT, однако выявленный TT в 5,8% требует проведения дальнейшего исследования и поиска значимых причин попадания этих пациентов в группу риска возникновения ХПРС.

УДК 616.212.4+616.216-006.5-089-072.1

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ИНВЕРТИРОВАННЫХ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Котяков А. А.[1], Родионова С. В.[1], Мирошниченко А. П.[2], Владимирова Т. Ю.[1]

[1] ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия

[2] ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, 443099, г. Самара, Россия

VIDEOENDOSCOPIC ENDONASAL SURGERY OF INVERTED PAPILLOMAS OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

Kotyakov A. A.[1], Rodionova S. V.[1], Miroshnichenko A. P.[2], Vladimirova T. Yu.[1]

[1] Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russia

[2] Central Clinical Hospital with a Polyclinic Office of the President of the Russian Federation, Samara, Russia

Инвертированная папиллома – доброкачественное новообразование, которое развивается из респираторного мерцательного эпителия и составляет от 0,4 до 4,7% случаев по отношению ко всем опухолям полости носа и околоносовых пазух. По данным литературы, чаще встречается у мужчин после 50 лет, соотношение мужчин и женщин составляет в среднем 4:1–5:1. Несмотря на то что по гистологическому строению опухоль является доброкачественной, она не имеет капсулы, обладает агрессивным ростом и может вызывать деструкцию кости с повреждением структур глазницы и основания черепа. Для инвертированных папиллом характерны высокая склонность к рецидивам (3–19% случаев) и достаточно высокий (3–11%) риск малигнизации. По данным Европейского общества ринологов, частота рецидивов после операций открытыми доступами выше, чем после эндоскопического удаления (20 и 12% соответственно). Среди факторов риска

рецидивирования инвертированных папиллом можно обозначить: локализацию и степень распространения опухоли, тип гистологического строения, метод удаления опухоли.

Цель исследования. Проанализировать частоту и эффективность хирургического вмешательства при инвертированной папилломе полости носа и околоносовых пазух.

В оториноларингологическом отделении Клиник СамГМУ в 2014–2016 гг. было пролечено 6 пациентов в возрасте от 24 до 65 лет, соотношение мужчин и женщин составило 1:1. Методы исследования включали сбор жалоб, изучение анамнеза, выполнение эндоскопического обследования ЛОРорганов, подтверждение диагноза, локализация и стадия распространенности по Krouse определялись на основании компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии околоносовых пазух, после чего решался вопрос об объеме хирургического вмешательства.

У 5 пациентов (83,3%) опухолевым процессом была поражена латеральная стенка полости носа в области верхнечелюстной пазухи, у 1 пациента (16,7%) процесс распространялся на задние клетки решетчатого лабиринта и клиновидную пазуху с развитием деструкции крыши полости носа. Распространенность инвертированной папилломы по Krouse 2-й стадии выявлена у 4 пациентов (66,6%), случаи 3-й и 4-й стадии составили соответственно по 16,7%. Из анамнеза установлено, что у 1 пациента ранее проводилась видеоэндоскопическая носовая полипотомия. Остальные 5 пациентов оперированы впервые. Всем пациентам выполнена видеоэндоскопическая медиальная максиллотомия, а пациенту с распространением процесса на решетчатый лабиринт и клиновидную пазуху операция была дополнена билатеральной этмоидотомией и сфеноидотомией. Для тампонады полости носа использовались различные материалы: Nasopore, гемостатическая губка, Surgiflow, Merogel. Проведенный анализ показал, что послеоперационный период по динамике жалоб и состояния пациентов не зависел от материала, с помощью которого выполнялась тампонада полости носа при адекватном антибактериальном сопровождении и выполнении в последующем туалета полости носа. В течение первых 6 месяцев наблюдения все пациенты отмечали затрудненное носовое дыхание, наличие корок и неприятный запах из носа. У 1 пациента (16,7%) в раннем послеоперационном периоде развилось обильное кровотечение из заднеперегородочной ветви крылонебной артерии, что потребовало выполнения эндоскопической ревизии полости носа с коагуляцией кровоточащего сосуда. Поздний послеоперационный период протекал без особенностей. Через год после выполненной операции проведен контрольный осмотр и КТ околоносовых пазух. В 1 случае возникло слезотечение на оперированной стороне, рецидив зарегистрирован у 1 пациента (16,7%), при гистологическом исследовании после повторной операции выявлена малигнизация опухоли.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности эндоскопического хирургического лечения инвертированных папиллом полости носа и околоносовых пазух, а рецидив в процентном отношении (16,7%) и по его причине (малигнизация) подтверждает имеющиеся литературные сведения.

УДК 616.211-002.193-056.3-07

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОЛЛИНОЗОВ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Крылова Т. А., Завалий М. А., Балабанцев А. Г.

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», 295006, г. Симферополь, Республика Крым, Россия

PARTICULARLY THE DIAGNOSIS OF SEASONAL ALLERGIC RHINITISIN ENT PRACTICE

Krylova T. A., Zavalii M. A., Balabantsev A. G.

Medical Academy named after S. I. Georgievsky of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky Simferopol, Republic of Crimea

Проблема поллинозов в России является очень актуальной ввиду их широкой распространенности и негативного влияния на качество жизни больного. Поллиноз – это сезонное заболевание, причиной которого является аллергическая реакция на пыльцу растений.

Известно, что к врачу обращается только лишь 1 из 60 больных аллергическими ринитами (АР). Таким образом, выявляемость АР и поллинозов, в частности, довольно низкая. По данным А. С. Лопатина (2000), в России только 18% пациентов с АР направляются к специалистам на протяжении первого года от начала заболевания, у 30% интервал между появлением симптомов и их выявлением составляет 2 года, у 43% – 3 года, у 10% – более 4 лет.

С одной стороны, диагноз сезонного АР поставить в типичных случаях несложно, основываясь на риноконъюнктивальном синдроме, характерной сезонности обострений, усиление их в сухую ветреную погоду и ослабление во влажную, эффективности антигистаминных препаратов. С другой стороны, следует помнить о ряде особенностей, которые встречаются в практической деятельности врача-оториноларинголога.

Пациенты и методы исследования. За последние 3 года в клинику Республиканской клинической больницы им. Н. А. Семашко обратились с жалобами на насморк 350 человек. Все они были обследованы согласно принятому алгоритму, включая кожные прик-тесты с аллергенами, на основании которых подтверждается диагноз поллиноза и выявляется причинно-значимый аллерген для дальнейшего лечения АСИТ. Среди них аллергия к пыльце выявлена у 100 человек, что составило 28%.

Нами отмечено, что не всегда такие пациенты имеют типичную для поллиноза клиническую картину, в ряде случаев присутствуют только один-два симптома, например только затруднение носового дыхания (18%) или прогрессирующая гипосмия (7%), часто присущая поллинозу сезонность отсутствует или проявляется неярко и нечетко (17%). Нередко больные длительно и бесконтрольно пользуются сосудосуживающими каплями (13%), что также искажает классические клинические проявления.

Исследования последних лет показали, что у больных АР, в том числе и сезонным, даже при отсутствии повторных воздействий аллергена в течение длительного времени сохраняются воспалительные изменения в слизистой оболочке, такое явление было названо «минимальное персистирующее воспаление» (Ciprandietal G., 1995). Это подтверждается на практике наличием больных, сенсибилизированных к пыльце, у которых симптомы сохраняются и вне периода паллинации, затрудняя первичную диагностику аллергического сезонного ринита.

Для эффективной и ранней диагностики больных поллинозами следует учитывать следующие особенности:

– применение сосудосуживающих капель и наличие медикаментозного ринита искажает клиническую картину поллиноза;

– при любых видах ринита следует в первую очередь исключить аллергический, применяя специфические методы диагностики аллергических заболеваний;

– необходимо проводить диагностические тесты с широким спектром аллергенов, использую регионарные и наиболее распространенные растения в данном регионе;

– уместно назначать все методы специфической диагностики – общий IgE крови, кожные пробы, специфические IgE сыворотки крови, которые являются не взаимоисключающими, а взаимодополняющими друг друга тестами.

УДК 616.211-005.1:614.1:314.1

СТАТИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Крюков А. И., Плавунов Н. Ф., Царапкин Г. Ю., Товмасян А. С., Гунина М. В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

STATISTICAL ASPECTS OF NASAL BLEEDING

Kryukov A. I., Plavunov N. F., Tsarapkin G. Yu., Tovmasyan A. S., Gunina M. V.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, 117152, Moscow, Russia

Проблема носовых кровотечений, несмотря на свою давность, остается одной из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии. Изучение носовых кровотечений как общеклинической проблемы обусловлено широким их распространением и трудностями, нередко возникающими при лечении данной категории больных. Носовые кровотечения занимают первое место среди спонтанных кровотечений из верхних дыхательных путей и являются наиболее распространенным показанием для экстренной госпитализации в ЛОР-стационары.

Цель исследования. Анализ статистических данных станции Скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова ДЗМ за 2015 г., касающихся носовых кровотечений.

Задачи исследования

1. Изучить количество вызовов, выполненных бригадами скорой медицинской помощи (СМП), к пациентам со спонтанным носовым кровотечением, количество повторных вызовов к пациентам с носовыми кровотечениями.

2. Изучить количество госпитализированных пациентов с носовым кровотечением.

3. Изучить распространенность носовых кровотечений среди пациентов со спотанными кровотечениями.

Результаты исследования. Из 25 740 пациентов со спонтанными кровотечениями носовые кровотечения занимали первое место и были диагностированы у 10 066 пациентов, что составило 39,1%, из них у 1049 (4%) пациентов вызов СМП был обусловлен повторными носовыми кровотечениями. На втором и третьем местах по распространенности среди спонтанных кровотечений были неуточненные желудочно-кишечные кровотечения (28%) и гинекологические кровотечения (15%). Из 25 740 со спонтанными кровотечениями 17 098 (66,4%) больных были госпитализированы в стационар. Среди госпитализированных больных пациенты с носовыми кровотечениями составили 24% (4093 из 17 098), тогда как по данным статистики начала–середины XX века [Бикбаева А. И., 1976, Лихачев А. Г., 1963], частота носовых кровотечений колебалась в пределах 1–5,4% от числа госпитализированных больных.

Что касается сопутствующей патологии у больных спонтанными носовыми кровотечениями, то носовые кровотечения, возникающие на фоне гипертонической болезни, составили 66%, носовые кровотечения на фоне ОРВИ – 16%, на фоне гематологической патологии – 5%, на фоне травмы – 3%. Таким образом, среди заболеваний, являющихся причиной носовых кровотечений, гипертоническая болезнь занимает лидирующее место.

Выводы. Распространенность носовых кровотечений среди общего числа пациентов со спонтанными кровотечениями составляет 39,1%.

Среди больных носовыми кровотечениями 24% госпитализируют в стационар, т. е. прослеживается явная тенденция к увеличению числа госпитализированных пациентов с этой патологией по сравнению с данными статистики начала–середины XX века (1–5,4%).

Лидирующее место среди причин спонтанных носовых кровотечений занимает гипертоническая болезнь (66%).

УДК 616.211-005.1:614.1:314.1(470-25)

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СТАЦИОНАРАХ МОСКВЫ

Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Колбанова И. Г., Гунина М. В., Какорин А. С.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

ANALYSIS OF PATIENTS WITH HEALTH CARE PROVISION WITH EPISTAXIS IN MOSCOW HOSPITALS.

Kryukov A. I., Tsarapkin G. Yu., Kolbanova I. G., Gunina M. V., Kakorin A. S.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, 117152, Moscow, Russia

Среди оториноларингологической патологии носовые кровотечения (НК) занимают важное место в структуре заболеваний ЛОРорганов и являются частой причиной госпитализации больных либо в терапевтические, либо в специализированные ЛОР-стационары. По данным отечественных авторов, частота этой патологии среди госпитализированных больных составляет от 4 до 14%.

«Первым звеном» в лечении больных НК в России является бригада скорой медицинской помощи (СМП). От вида проведенных манипуляций по оказанию экстренной помощи во многом зависят дальнейшее течение заболевания и последующая тактика лечения этого контингента больных. На наш взгляд, совместная работа оториноларингологов и врачей СМП по разработке современных методов экстренной помощи пациентам с НК позволит повысить эффективность лечения этих больных.

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа статистического материала изучить обращаемость больных с НК в СМП, характер оказания экстренной медицинской помощи и время госпитализации этого контингента пациентов.

Результаты исследования. По данным анализа медицинской документации пациентов с НК, обратившихся и госпитализированных в ЛОР-отделения трех многопрофильных стационаров Москвы за 2014 г., большая часть из них были доставлены в больницы бригадой СМП (76,6–93,7%), при этом большинству из них на догоспитальном этапе проводилась передняя тампонада полости носа, однако далеко не всегда она была состоятельна, что требовало выполнения повторной тампонады полости носа уже в стационарных условиях. Средний возраст госпитализированных больных составил от 53 до 59,5 года, по соотношению мужчины/женщины – значительных преобладаний не отмечено. Средний койко-день пребывания в стационаре пациентов с НК составил от 4,9 до 7 дней, при этом имелось превышение сроков госпитализации по МЭС от 2,1 до 7,6%. Среди сопутствующей патологии у больных НК достаточно часто выявлялись гипертоническая болезнь или артериальная гипертензия (53–88%), травмы носа, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, также встречались НК на фоне передозировки антикоагулянтов и заболеваний крови, приводивших к коагулопатиям. В случаях НК с выраженной кровопотерей и (или) со значительным нарушением свертываемости крови пациентам по показаниям проводили переливание компонентов крови. В единичном случае (ГКБ им. Ф. И. Иноземцева) произведена односторонняя перевязка наружной сонной артерии для остановки НК.

Заключение. Исходя из полученных данных проблема качественной остановки НК остается актуальной, особенно на догоспитальном этапе, что приводит к сохраняющемуся стабильному количеству больных, нуждающихся в стационарном лечении, причем направленном не только на устранение причины кровотечения и кровопотери, но и на остановку кровотечения при неадекватной передней тампонаде полости носа бригадой скорой медицинской помощи.

УДК 618.2/3:616.216.1-002:615.038

ЭНДОНАЗАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ ЧЕРЕЗ CRISTA CONCHALIS ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Товмасян А. С., Федоткина К. М., Горовая Е. В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

ENDONASAL SURGICAL APPROACH TO THE MAXILLARY SINUS THROUGH THE CRISTA CONCHALIS MAXILLA

Kryukov A. I., Tsarapkin G. Yu., Tovmasyan A. S., Fedotkina K. M., Gorovaya E. V.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, Moscow, Russia

Современные медицинские технологии позволяют проводить лечение хронического синусита с минимальной травмой «путевых» тканей. Разработанные малоинвазивные методики хирургического лечения хронического гайморита призваны уменьшить риск развития послеоперационных осложнений и сократить сроки реабилитации больных. В арсенале оториноларинголога имеются три методики эндоназальной антротомии: через расширенное естественное соустье, через латеральную стенку полости носа в нижнем носовом ходе и через нижние отделы гребня апертуры по Конфильду–Штурману. Необходимо признать, что каждая из методик далека от совершенства и имеет ряд недостатков, которые можно решить двумя способами: установлением четких показаний к выбоу методики хирургического доступа к верхнечелюстной пазухе (ВЧП) и разработкой новых способов антротомии с учетом принципов молоинвазивности, физиологичности и безопасности.

Цель исследования. Разработать оригинальную методику эндоназального хирургического доступа к ВЧП через через crista conchalis верхнечелюстной кости и сравнить ее безопасность и эффективность у больных хроническим кистозным гайморитом.

Пациенты и методы исследования. На основании векторного анализа КТ-антомии полости носа нами изучена синтопия crista conchalis верхнечелюстной кости по отношению к дистальному концу носослезного канала и просвету ВЧП и разработана оригинальная методика эндоназальной антротомии. Основными анатомическими ориентирами в проведении хирургического вмешательства являются край костной апертуры носа, crista conchalis верхнечелюстной кости и передний конец нижней носовой раковины. Первым этапом проводим поднадкостничную гидроотсепаровку слизистой оболочки в области гребня нижней носовой раковины. Затем, на уровне переднего конца нижней носовой раковины, отступя 1–2 мм от края костной апертуры носа, проводим вертикальный разрез слизистой оболочки длиной 1,5–2,0 см. Далее при помощи распатора обнажаем crista conchalis до места крепления нижней носовой раковины. После этого, направляя бор под углом 30°, трепанируем медиальную стенку ВЧП в области гребня нижней носовой раковины. Расширяем антростому до 4–5 мм и вводим жесткий эндоскоп и хирургический инструмент в полость ВЧП. После удаления кисты ВЧП края разреза сопоставляем и фиксируем двумя швами.

Под нашим наблюдением находилось 144 пациента с кистозным поражением ВЧП, сочетающимся с искривлением перегородки носа и гипертрофией нижних носовых раковин. Этот контингент больных составил клиническую группу. Женщин было 69 (47,9%), мужчин – 75 (52,1%), в возрасте от 16 до 57 лет. Всем больным клинической группы после обследования мы провели эндоназальную микрогайморотомию с вапоризацией стенки кисты гольмиевым лазером, септопластику и нижнюю щадящую конхотомию. В зависимости от примененной методики хирургического доступа к ВЧП все пациенты клинической группы были разделены на четыре подгруппы, сопоставимые по численности, полу и возрасту. В подгруппе А больных (36 человек) удаление кисты ВЧП мы проводили через средний носовой ход; в подгруппе В (36 пациентов) – через гребень грушевидного отверстия по Конфильд–Штурману; в подгруппе С (36 больных) – через антростому в области нижнего носового хода; у пациентов подгруппы D (36 человек) цистэктомию проводили по оригинальной методике через трепанационное отверстие в области crista conchalis верхнечелюстной кости.

Безопасность проведенного лечения у больных подгруппы D мы оценивали по контрольному КТ околоносовых пазух с векторным измерением антростомы в области crista conchalis верхнече-

люстной кости. Эффективность – по данным осмотра с визуально-аналоговой оценкой по ВАШ, результатам передней активной риноманометрии (ПАРМ) и ринорезистрометрии (РРМ).

Результаты исследования. Применение гольмиевого лазера с моделируемой насадкой позволило всем больным клинической группы полностью удалить стенку ретенционной кисты ВЧП. По данным векторного анализа контрольного КТ околоносовых пазух больных подгруппы D (n = 36), выполненной на 3-и сутки после лечения, нами было установлено, что антростома в области crista conchalis верхнечелюстной кости находится ниже уровня дистального конца НСК на 4,46±0,08 мм, ее диаметр равен 4,35±0,11 мм, и направлена она в просвет ВЧП относительно медиальной стенки ВЧП под углом 32,42±1,04° ($p < 0,05$). Это свидетельствует о безопасности оригинальной методики хирургического доступа к ВЧП через crista conchalis верхнечелюстной кости.

Заключение. Эндоназальная гайморотомия в области crista conchalis характеризуется индексом травматичности, равным 3 баллам по ВАШ, что на 40% ниже, чем при антротомии в области нижнего носового хода. По сравнению с хирургическим доступом через средний носовой ход не разрушается остиомеатальный комплекс.

При гайморотомии по Конфильду–Штурману развивается ятрогенная недостаточность наружного носового клапана, проявляющаяся патологическим коллапсом на стороне прооперированной верхнечелюстной пазухи (ИПВК = 321,55±12,24 мл/с, УУНКК = 28,08±0,07%).

УДК 616.211+616.216:615.37+615.832.97

ИММУНО- И КРИОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Лавренова Г. В., Глухова Е. Ю., Кучерова Л. Р., Митина А. О.

ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», 197022, Санкт-Петербург, Россия

IMMUNO- AND CRYO-THERAPY OF DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES

Lavrenova G. V., Glukhova E. Yu., Kucherova L. R., Mitina A. O.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Заболевания слизистой оболочки носа и околоносовых пазух занимают высокий удельный вес всех заболеваний ЛОРорганов и остаются актуальной проблемой оториноларингологии. Среди всех синуситов воспаления верхнечелюстных пазух составляют наибольшее количество, что обусловлено их распространенностью, повторяемостью, тенденцией к хронизации и недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

Лечение больных с верхнечелюстным синуситом, несмотря на широкое применение современных антибактериальных и противогрибковых средств, новейших способов хирургических вмешательств, требует постоянной коррекции. Все это определяет необходимость продолжать поиск эффективных и безопасных методов. Острые синуситы, как правило, развиваются на фоне ОРВИ и гриппа. Они возникают значительно чаще, чем их диагностируют, поскольку в ряде случаев клиническая картина синусита маскируется клиникой ОРВИ. На фоне синусита у некоторых больных отек слизистой оболочки полости носа, сопровождающий острое воспаление, сохраняется длительное время, даже после полной санации околоносовых пазух, и формирует так называемый «вазомоторный хвост».

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных с сочетанным верхнечелюстным синуситом и вазомоторным ринитом.

Пациенты и методы исследования. Нами обследованы 29 пациентов в возрасте от 49 до 62 лет с острым синуситом и вазомоторным или медикаментозным ринитом (преимущественно женщины). Основными жалобами практически у всех пациенток были попеременная заложенность

носа, 2–3 эпизода острого синусита, снижение обоняния. Сопутствующим заболеванием у всех пациентов была гипертоническая болезнь, в связи с чем больные получали гипотензивные препараты (ухудшающие микроциркуляцию слизистой оболочки полости носа – α-адреноблокаторы).

Обследование включало осмотр ЛОРорганов (эндоскопия полости носа и носоглотки), рентгенографию околоносовых пазух, клинические анализы.

Пациентам выполнялись пункции (дренирование верхнечелюстных пазух) с введением после промывания водой для инъекций 250–500 ЕД ронколейкина. Ронколейкин вводили в пазухи трижды с интервалом в два дня. Перед введением этого препарата с больными проводилась индивидуальная беседа о роли местного иммунитета в развитии и хронизации их заболевания. После введения в пазухи рекомбинантного интерлейкина-2 гнойное отделяемое сменялось обильным слизистым, полное очищение пазух и купирование клинических признаков воспаления наблюдались в среднем на 3,9±0,9 сутки независимо от типа течения синусита. Быстрота действия препарата позволяет предположить стимулирующее действие ронколейкина на иммунную систему в очаге воспаления через активацию сформированной ранее направленности иммунного ответа. Местное введение ронколейкина не оказывает негативного влияния на мукоцилиарный клиренс. Клиническое улучшение сопровождается положительной динамикой клеточного состава носового секрета (уменьшение количества нейтрофильных гранулоцитов и увеличение относительного количества лимфоцитов). Местная терапия ронколейкином, помимо положительной клинической картины, приводила к достоверным изменениям показателей гуморального иммунитета в смывах из пазух и полости носа.

При формировании выраженных вазомоторных явлений нами использовалась методика криодеструкции нижних носовых раковин в целях восстановления носового дыхания. Криодеструкция выполнялась через 10–12 дней после иммунотерапии. В условиях местной аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина криодеструктор подводился к нижней носовой раковине, к ее свободному краю, фиксировался в течение 60 с. трижды в каждой половине носа. После криодеструкции больным назначались топические кортикостероиды.

Заключение. Комплексное лечение синуситов с вазомоторными расстройствами является доступным и эффективным методом, рекомендовать который можно пациентам, в том числе старших возрастных групп.

УДК 618.2/3:616.216.1-002:615.038

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ СРЕДСТВ С БАКТЕРИОФАГАМИ В ГЕЛЕВОЙ ФОРМЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ РИНОСИНУСИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Лазарева Л. А.[1], Дорофеева Ю. И.[2], Скибицкий В. В.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

[2] МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Краснодар, Россия

EFFICACY OF THE USE OF COMPLEX AGENTS WITH BACTERIOPHAGES IN THE GEL FORM IN PREVENTIVE AND CURATIVE MEASURES WITH RECURRENT RHINOSINUSITIS IN PREGNANT WOMEN

Lazareva L. A.[1], Dorofeeva Yu. I.[2], Skibitskii V. V.[2]

[1] Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

[2] Krasnodar City Clinical Emergency Hospital, Krasnodar, Russia

Лечение и профилактика острых и рецидивирующих риносинуситов во время беременности является достаточно проблемным разделом ринологии и медицины в целом. Неблагоприятное течение синуситов у беременных связано, с одной стороны, с особенностями иммунного отве-

та организма, обусловленными беременностью, с другой – отрицательным воздействием самой инфекции на иммунную систему. До настоящего времени не существует целостного представления об иммунопатологических механизмах развития острого риносинусита у беременных на системном и локальном уровнях.

Отсутствие ярко выраженной симптоматики риносинуситов у беременных, атипичность клинических проявлений и сложность в проведении комплекса стандартных рентгенологических методов контроля воспалительного процесса в придаточных пазухах носа, создают определенные трудности в диагностике у этой категории больных. Вследствие этого воспалительный процесс при риносинуситах у беременных зачастую приобретает затяжной характер, нередко является источником инфекционной сенсибилизации нижележащих дыхательных путей и может быть причиной орбитальных и внутричерепных осложнений. Ограниченный спектр лекарственных препаратов, допущенных к применению, создает дополнительные трудности в терапии риносинуситов у беременных.

Разработка эффективных мер лечения и профилактики риносинуситов у беременных с возможностью минимизировать применение препаратов общего действия на организм, является, безусловно, одной из актуальных направлений современной оториноларингологии.

Целью проведенного исследования явилось оценка эффективности и безопасности применения бактериофагов у беременных с рецидивирующими воспалительными процессами в полости носа и околоносовых пазух. В качестве комплексного препарата, содержащего 32 вида бактериофагов, был тестирован гель «Отофаг».

Под наблюдением находились 48 беременных с эпизодами острого процесса в придаточных пазухах носа на I триместре беременности. Первоначально все пациентки проходили лечение острого риносинусита в ЛОР-отделении ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Краснодара. Объем терапии проводился в соответствии с объемностью процесса и определенными стандартами для данной патологии. В обследование было включено бактериологическое исследование спектра флоры из полости носа и околоносовых пазух и иммунограммы крови. Возраст больных был 27,6±0,5 года. При дальнейшем наблюдении пациентки были разделены на две группы. Первой группе из 26 пациентов после выписки было предложено применение геля «Отофаг» по схеме: 2 мл 3 раза в день на протяжении 7 дней с перерывом 20 дней и повторением курса ежемесячно до окончания срока беременности. Вторая группа из 22 больных служила группой контроля. Наблюдение за больными проходило на протяжении 6 месяцев, что соответствовало II и III триместрам беременности.

Всем пациенткам проводилось анкетирование исследованной категории больных по переносимости предложенного профилактического курса, сложности проведения и общего самочувствия.

В результате наблюдений в основной группе только у 2 пациенток (7,6%) были зафиксированы рецидивы риносинусита в катаральной форме с амбулаторным лечением, включающим дополнительно гель «Отофаг», длительностью до 10–14 дней. В контрольной группе у 9 больных (40,1%) были отмечены рецидивы, в 4 случаях (18,2%) потребовавшие повторной госпитализации в ЛОР-отделение.

Бактериологическое исследование отделяемого из полости носа в первой группе продемонстрировало достаточно стабильные положительные результаты. Во второй группе на всем протяжении исследования были зафиксированы пики активности бактериального спектра, в основном за счет условно-патогенных представителей флоры полости носа.

Анкетирование больных первой группы не выявило негативных реакций по поводу длительности курса, трудностей предложенной схемы профилактических мероприятий и переносимости препарата «Отофаг».

Таким образом, включение геля «Отофаг» в лечение и профилактические мероприятия у беременных с рецидивирующими формами риносинуситов позволяет расширить спектр возможных препаратов, обладающих высокой эффективностью и безопасностью, у этой категории больных.

УДК 616.216.23-002-07-08

ИЗОЛИРОВАННЫЙ СФЕНОИДИТ В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ларин Р. А.[1], Шахов А. В.[2]

[1] ГБУЗ «Нижегородская областная клиническая больница им. Н. А. Семашко» Минздрава России, 603126, Нижний Новгород, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, Нижний Новгород, Россия

ISOLATED SPHENOIDITIS IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE OF A MULTIDISCIPLINAR HOSPITAL

Larin R. A.[1], Shahov A. V.[2]

[1] Nizhny Novgorod Regional Clinical Hospital named after N. A. Semashko Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia

[2] Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia, Nizhny Novgorod, Russia

В настоящее время в связи с распространением лучевых (МРТ, КТ) и визуальных(эндоскопия) методов диагностики наблюдается увеличение количества случаев изолированного сфеноидита (ИС) в рутинной клинической практике. Удельный вес ИС в общей структуре заболеваний околоносовых пазух составляет не более 5%, при этом от 60 до 80% всех поражений обусловлены воспалительной патологией. Дебют симптомов изолированного сфеноидита нередко носит неспецифический характер, также возможно бессимптомное течение (латентный сфеноидит). Тактика в отношении патологи клиновидной пазухи, особенно при латентном течении, нередко пассивна, что приводит к развитию осложнений. Основной метод лечения ИС – эндохирургический. В литературе описаны трансназальный (парасептальный), трансэтмоидальный, транссептальный доступы, а также модификации этих доступов. Вопросы детальной проработки методов и показаний к хирургическому лечению не находят широкого отражения в научной литературе последнего десятилетия. При этом количество наблюдений ИС (в том числе осложненных форм) в повседневной практике растет, что обусловливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Провести анализ клинических наблюдений изолированного сфеноидита. Изучить особенности диагностики и лечения ИС в рутинной практике.

Пациенты и методы исследования. В период 2014–2016 гг. на базе оториноларингологического отделения НОКБ им. Н. А. Семашко (кафедра болезней уха, горла и носа НижГМА) проведено лечение 130 пациентов с диагнозом острый или хронический сфеноидит. Изолированная форма наблюдалась у 39 пациентов (30%). В остальных случаях патологический процесс в клиновидной пазухе протекал на фоне хронического риносинусита. В общей структуре патологии ОНП, по поводу которой проводилось эндохирургическое лечение, пациенты с ИС составили около 3%. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение.

Обсуждение. Диагноз сфеноидита был установлен при поступлении в клинику на основании симптоматики, анамнеза, визуального осмотра (в том числе диагностической эндоскопии) данных КТ, МРТ. Пациенты с осложненным течением ИС либо при подозрении на новообразование пазухи осмотрены офтальмологом, неврологом, нейрохирургом. Гендерное распределение: мужчины – 12 (30,7%), женщины 27 (69,3%). Средний возраст 37±20 лет. Почти все пациенты с ИС на догоспитальном этапе проходили обследование и лечение у невролога по поводу неуточненного цефалгического синдрома, в одном случае был выставлен диагноз – лабиринтная дисфункция. Один из пациентов в течение 1,5 месяцев проходил дообследование и лечение у невролога, офтальмолога, оториноларинголога в связи офтальмоплегией. При поступлении в клинику был установлен диагноз экстранодальной NK-Т-лимфомы. Точный диагноз ИС на догоспитальном этапе был установлен у 11 пациентов (28%). Распределение по симптоматике: головная боль – у 60% пациентов, постназальный затек – 10%, зарудненное дыхание – 30%. Зрительные (глазодвигательные) нарушения – 5%. У 5 (12,8/%) пациентов наблюдалось сочетание вышеуказанных симптомов. Бессимптомное течение (находка на КТ, МРТ) наблюдалось в трети всех наблюдений. При эндориноскопии анатомические девиации в полости носа (искривление носовой перегородки, вазомоторно-аллергический, ги-

пертрофический ринит) выявлены у 19 пациентов (49%). Распределение по характеру патологического процесса: киста – 15 (39%), полипозный процесс – 5 (12,8%), грибковый неинвазивный сфеноидит – 13 (33,3%), грибковый инвазивный сфеноидит – 2(5%), менингоцеле – 3 (7%), опухолевое поражение – 2 (2%). Осложненное течение наблюдалось у 4 (10%) пациентов – парез n. abducens, офтальмоплегия. У одного пациента с инвазивным грибковым сфеноидитом наблюдались явления офтальмоплегии и молниеносное развитие сепсиса. Всем пациентам с ИС проводилось эндохирургическое лечение. Выполнялись следующие варианты оперативных вмешательств: трансназальный доступ – 13 (33%), расширенный трансназальный доступ – 15 (38%), трансэтмоидальный доступ – 8 (20,5%), доступ по методике Bolger Box – 3 (7,6%). Осложнений не наблюдалось. На 5–7-е сутки всем пациентам выполнялась эндориноскопия. В срок от 2 до 3 месяцев 11 пациентам выполнена контрольная КТ. Остальные пациенты (из отдаленных районов) не проходили контрольный осмотр. Повторное (ревизионное) вмешательство проводилось в одном случае у пациента, которому ранее выполнена сфенотомия по поводу хронического сфеноидита, но не была вскрыта (распознана) клетка Оноди, в которой локализовалось грибковое воспаление.

Выводы. Изолированный сфеноидит в структуре пациентов, которым проводилось эндохирургическое лечение при патологии ОНП, составил 3% (около 30% от общего числа сфеноидитов). В стационаре пациенты с точно установленным диагнозом ИС составили не более 30% от общего числа, что связано как с гиподиагностикой ИС, так и с пассивной позицией в отношении патологии клиновидной пазухи у врачей амбулаторного звена.

Основной метод лечения изолированного сфеноидита хирургический. Наиболее часто применялся расширенный трансназальный доступ.

Необходимы дальнейшие исследования в целях изучения особенностей и клинической эффективности различных эндохирургических доступов.

УДК 616.211-009.86

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ ЛОР-СТАЦИОНАРА

Лопатин С. Б., Борзов Е. В., Соколов Р. О., Лариков Е. М., Жабурина М. В.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153462, г. Иваново, Россия

SURGICAL TREATMENT FOR VASOMOTOR RHINITIS IN ENT HOSPITAL

Lopatin S. B., Borzov E. V., Sokolov R. O., Larikov E. M., Zhaburina M. V.

Ivanovo state medical academy of the Ministry of healthcare of Russia, Ivanovo, Russia

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваний полости носа и околоносовых пазух, обусловленный ухудшающимися экологическими условиями среды обитания, увеличением респираторных аллергенов и вирусных заболеваний, прогрессирующим снижением местного и общего иммунитета. Наибольший удельный вес занимает вазомоторный ринит, сопровождающий около половины всех заболеваний дыхательного тракта и составляющий в различных регионах и профессиональных группах от 16 до 25% всей патологии ЛОРорганов. Стойкое или периодическое затруднение носового дыхания, ринорея и зависимость от деконгестантов существенно снижают качество жизни пациентов, ухудшают их психоэмоциональный статус. Для лечения вазомоторного ринита в настоящее время применяется большой арсенал консервативных и хирургических методов лечения. Ввиду недостаточной клинической эффективности консервативных методов терапии появляется необходимость поиска более современных технологий устранения данного заболевания.

Цель исследования. Оценка эффективности различных технологий лечения вазомоторного ринита. Исследование проведено на базе взрос-

лого оториноларингологического отделения Ивановской областной клинической больницы (ОКБ). Анализировался период с 2007 по 2016 г.

Пациенты и методы исследования. Всего за данное десятилетие в отделении находилось на лечении 16 522 пациента, из них ринологического профиля – 7785 (47,1%) человек, в том числе с вазомоторным ринитом – 4103, что составило чуть более половины (52,7%) всех больных с патологией носа и околоносовых пазух. Изолированная форма вазомоторного ринита зарегистрирована у 41% больных, сочетанная – у 59% (преимущественно с деформациями перегородки носа). При выборе метода лечения учитывались факторы, лежащие в основе заболевания, особенности его патогенеза, наличие сопутствующей и фоновой патологии. Воздействие на нижние носовые раковины при необходимости сочеталось с корригирующими вмешательствами на перегородке носа.

С точки зрения развития современных технологий и оценки их эффективности при вазомоторном рините интерес представляет сравнительный анализ лечебных мероприятий, проводимых в ЛОР-клинике за два предыдущих пятилетия.

За первое анализируемое пятилетие (2007–2011) на стационарном лечении по поводу вазомоторного ринита находилось 1316 пациентов. Хирургические методы воздействия применены в лечении 1260 (95,7%) больных: подслизистая вазотомия нижних носовых раковин – у 1097, конхотомия – у 27, криоконхотомия – у 32, ультразвуковая дезинтеграция (УЗД) нижних носовых раковин – у 41, другие вмешательства – у 63.

Таким образом, в данный анализируемый период в лечении вазомоторного ринита у стационарных больных преобладали хирургические пособия, среди которых наиболее часто использовалась подслизистая вазотомия носовых раковин (87,1%), которая давала выраженный клинический эффект как непосредственно после вмешательства (92% наблюдений), так и в отдаленные сроки (свыше 70%).

В последующее пятилетие (2012–2016) в стационаре находилось 2787 больных с вазомоторным ринитом. Всем пациентам проведено хирургическое лечение. Подслизистая вазотомия нижних носовых раковин выполнена у 2198 (78,9%) человек. Резко сократилось количество вмешательств, ранее широко применяемых в отделении (УЗД или криодеструкция нижних носовых раковин, конхотомия), – 19 (0,7%) операций за 5 лет. При этом в данный период стало широко использоваться лазерное туннелирование нижних носовых раковин. Данное вмешательство проведено у 570 (20,4%) пациентов. Непосредственные результаты лечения оценивались положительно в 94% случаев. В отдаленные (свыше года) сроки благоприятный эффект наблюдался у 86% пациентов.

Заключение. Таким образом, за прошедшее десятилетие в оториноларингологическом отделении Ивановской ОКБ наиболее частой и эффективной операцией при вазомоторном рините у взрослых была подслизистая вазотомия нижних носовых раковин.

При значительном снижении в этот период удельного веса традиционных ранее методов воздействия на нижние носовые раковины увеличивается количество лазерохирургических вмешательств.

УДК 616.211-089.15-072.1-056.2-092.11:316.728

ВЫБОР ТАКТИКИ РИНОХИРУРГИИ: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Морозов А. Д.

ГКВБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

THE CHOICE OF TACTICS RHINOSURGERY: PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF SOMATIC PATHOLOGY AND EVALUATION OF QUALITY OF LIFE

Morozov A. D.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Выбор тактики хирургического лечения зависит не только от этиопатогенетической структуры заболевания ЛОРорганов, но и от общесоматического статуса конкретного пациента. Учитывая уровень современного развития, невозможно оценить методику оперативного вмешательства только одним методом. Золотым стандартом оценки оперативного вмешательства в полости носа является риноманометрия. Американская ассоциация ринологов рекомендует учитывать результаты оценки качества жизни при определении вопроса необходимости операции, а также при выборе способа окончательного гемостаза после нее.

Цель исследования. Оптимизация тактики ведения пациентов при эндоназальных оперативных вмешательствах.

Пациенты и методы исследования. Нами было обследовано 97 пациентов с патологией полости носа и околоносовых пазух, которые были разделены на четыре группы. Возраст пациентов от 22 до 48 лет. В первую группу вошли 27 пациентов. Пациенты данной группы не имели сопутствующей соматической патологии. Вторая группа была представлена 21 пациентом с сопутствующей соматической патологией. Этим пациентам выполнялось традиционное лечение в объеме септум-операции, механической дезинтеграции нижних носовых раковин. Профилактика кровотечений в послеоперационном периоде проводилась с использованием тампонады полости носа. В третью группу вошел 31 пациент без сопутствующей соматической патологии. В четвертую группу вошли 18 человек, имеющих сопутствующую патологию. Всем пациентам третьей и четвертой групп было проведено модифицированное ринохирургическое вмешательство. Модификация методики заключалась в способе гемостаза в периоперационном периоде: между листками мукоперихондрия и в послеоперационные полости нижних носовых раковин вводился латексный тканевой имплант. Далее выполнялась кратковременная тампонада полости носа. Все это приводило к облитерации полостей и достижению гемостаза. В конце операции тампонада полости носа удалялась.

Соматическая патология: повышенная масса тела, гипертоническая болезнь, гипокоагуляция, аллергизация.

В качестве объективного метода обследования применялась передняя активная риноманометрия, а в качестве субъективной методики использовался опросник «Качество жизни ринологического больного». Оценка субъективных параметров проводилась по интегральному показателю опросника. Исследования проводились до операции, на 1, 3, 5, 10 и 30-е сутки после операции. Пациентам 1-й и 2-й групп риноманометрия на 1-е сутки не проводилась из-за наличия тампонады в полости носа.

По данным интегрального показателя качества жизни на первые и третьи сутки после оперативного вмешательства наиболее высокие результаты имели пациенты третьей группы. К 10-м суткам данные интегрального показателя качества жизни пациентов 1, 2 и 3-й групп практически выровнялись. Незначительно ниже был результат пациентов 4-й группы. К 30-м суткам различия между результатами были статистически не значимы.

По данным суммарного объемного потока до оперативного лечения результаты статистически не значимы. На 1-е и 3-и сутки у пациентов 3 группы показатели СОП были выше пациентов других групп. Пациенты остальных групп имели более низкие результаты. На 5-е сутки результаты СОП были статистически неразличимы у пациентов 1-й и 3-й групп. К 10-м суткам наилучшие показатели СОП пациентов 1, 2 и 3-й групп были статистически не значимы. К 30-м суткам результаты пациентов всех групп статистически не значимы.

По данным суммарного сопротивления передней активной риноманометрии больных всех исследуемых групп до оперативного лечения показатели различались незначительно. На первые сутки результат 3-й группы был выше, чем у пациентов в 4-й группе. На 3-и, 5-е сутки наилучший результат был у пациентов 3-й группы. К 30-м суткам результат различия стали статистически не значимыми.

По результатам исследования можно сделать вывод о том, что модифицированный ринохирургический метод эффективен у пациентов с патологией полости носа, а по показателям качества жизни в раннем послеоперационном периоде (1–5-е сутки) превосходит традиционный метод при условии отсутствии сопутствующей соматической патологии.

Наличие общесоматических заболеваний у пациентов, планируемых для проведения модифицируемого ринохирургического вмешательства, является прогностически неблагоприятным признаком.

Периоперационное обследование пациентов необходимо проводить с применением как субъективных, так и объективных методов обследования.

УДК 616.212.5-089.844

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИСОЧНОЙ АУТОФАСЦИИ В ПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Морозов И. И., Грачев Н. С., Наседкин А. Н.

Институт медико-социальных технологий ФГБУ ВПО «Московского государственного университета пищевых производств», 125080, Москва, Россия

USE OF TEMPORAL AUTOFASCIA IN THE PLASTIC OF POSTOPERATIVE PERFORATIONS OF THE SEPTUM OF THE NOSE

Morozov I. I., Grachev N. S., Nasedkin A. N.

Institute of Medical and Social Technologies of the Moscow State University of Food Production, Moscow, Russia

Распространенность послеоперационных перфораций перегородки носа, по данным разных авторов составляет от 0,8 до 8%. Частота встречаемости данного осложнения напрямую зависит от техники выполнения операции и опыта хирурга. В 80% стойкий дефект в перегородке носа образуется интраоперационно. Отсутствие жалоб у пациента может быть объяснено удовлетворительным ожидаемым результатом от хирургического лечения, тем не менее факт наличия стойкого дефекта в перегородке носа достоверно сопровождается нарушением аэродинамики. Клиническая картина во многом зависит от размера и места расположения септальной перфорации. Восстановление целостности перегородки носа улучшает качество жизни пациентов. Несмотря на разнообразие способов хирургического лечения перфораций перегородки носа, поиск оптимального метода реконструкции остается актуальной проблемой в оториноларингологии.

Пациенты и методы исследования. На кафедре оториноларингологии ИМСТ обследовано 20 пациентов с перфорациями перегородки носа. Во всех случаях, в срок от 1 года до 10 лет, проведена коррекция искривления перегородки носа, факт наличия стойкого дефекта в перегородке носа в 75% отмечен в раннем послеоперационном периоде. Больные предъявляли жалобы на наличие корочек в полости носа (90%), свист при дыхании (60%), рецидивирующие носовые кровотечения (40%), головную боль (40%). В 35% имелось клинически значимое искривление перегородки носа. Размер перфорации составлял от 8 мм в диаметре до 15×27 мм, локализация – хрящевой отдел. У 2 пациентов имелись множественные дефекты в перегородке носа от 2 до 10 мм. Во всех случаях края перфорации представляли собой тонкий участок слизистой оболочки с признаками хронического воспаления, костно-хрящевой остов отсутствовал.

Всем пациентам проведено хирургическое лечение методом перемещенных, ротированных мукоперихондральных (мукопериостальных) лоскутов с интерпозицией височной аутофасции. Перегородка носа в обязательном порядке укрывалась силиконовыми пластинами на 2–3 недели. В 40% случаев сшивания лоскутов край в край с двух сторон достичь не удалось, тем не менее во

всех случаях отмечалась полная эпителизация фасции. Тотальное закрытие послеоперационной перфорации имело место в 95%. В одном случае после удаления силиконовых пластин мы отмечали сохранение остаточного дефекта 3 мм в диаметре в области заднего края перфорации по причине несостоятельности шва и подворачивания фасциального трансплантата. В остальных случаях, в период наблюдения от 3 до 18 месяцев, формирования реперфораций не отмечалось. В настоящий момент исследование продолжается.

В настоящее время наиболее распространенный способ пластики перфораций перегородки носа – это перемещение мокоперихондральных (мукопериостальных) лоскутов с интерпозицией аутохряща. Необходимым условием для этого является формирование кармана для хряща в условиях дефицита слизистой оболочки и мукоперихондрия после ранее проведенной операции. При непременном воздействии агрессивных факторов воздушной среды явления перихондрита достоверно приводят к несостоятельности пластики и плохому функциональному результату. В такой ситуации установка между лоскутами свободного трансплантата височной аутофасции может являться методом выбора.

УДК 616.211-008.4-089:615.849.19

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА

Мусатенко Л. Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

SURGICAL TREATMENT OF COMBED NOSE PATHOLOGY USING THE GOLMY LASER

Musatenko L. Yu.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

В последние годы отмечается увеличение числа оториноларингологических больных, которым проводится более одной операции одномоментно. Во многом это объясняется достижениями в области анестезиологии, совершенствованием технической оснащенности хирургических вмешательств, созданием мощных антибактериальных, биологически активных препаратов, существенно снижающих риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

Пациенты и методы исследования. В 2012–2016 гг. в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского проведено обследование и лечение 32 пациентов в возрасте от 20 до 59 лет, с сочетанной патологией носа, включающей искривление перегородки носа, вазомоторный ринит, синехии полости носа.

У всех 32 пациентов основной жалобой было выраженное затруднение носового дыхания, наблюдавшееся в течение длительного периода (от 2 лет до 15 лет). В анамнезе у каждого из них имелись сведения о ранее перенесенных травмах носа, эндоназальных хирургических вмешательствах, направленных на восстановление основных функций носа.

При обследовании у всех пациентов выявили наличие искривления перегородки носа, характерные признаки вазомоторного ринита, синехии в полости носа. У 24 больных синехии обнаружены в одной половине носа, у 8 – в обеих половинах; их локализация, протяженность были вариабельны, толщина не превышала 3 мм.

Хирургическое лечение сочетанной патологии носа у данного контингента больных проводили одномоментно, под эндотрахеальной анестезией. Септопластику выполняли, используя щадящие традиционные методики. Иссечение синехий полости носа, двухстороннюю вазотомию нижних носовых раковин проводили разработанными нами способами, основанными на использовании излучения импульсного твердотельного ИАГ-Но (гольмиевого) лазера (длина волны 2,09 мкм) установки СТН-10. Они характеризуются простотой выполнения, отсутствием интра-

операционных осложнений, гипореактивным течением послеоперационного периода, быстрым и качественным заживлением операционных ран.

По окончании операции в обе половины носа устанавливали пальцевые тампоны сроком на сутки, проводилась антибактериальная, симптоматическая, местная противовоспалительная терапия.

Улучшение риноскопической картины пациентов, показателей носового дыхания и обоняния отмечали уже на 2–3-и сутки после хирургического лечения. Полное восстановление основных функций носа констатировали на 5–7-е сутки, риноскопической картины – к концу первого месяца. На протяжении контрольного периода, от 6 месяцев до 2 лет, положительный результат стойко удерживается у 27 (84,4%) лиц исследуемой группы. В 4 случаях (12,5%) имел место рецидив вазомоторного ринита, в 1 (3,1%) – синехии полости носа, вследствие чего данным пациентам потребовалось повторное лазерное хирургическое вмешательство.

Заключение. Таким образом, одномоментое хирургическое лечение сочетанной патологии носа с использованием излучения гольмиевого лазера характеризуется быстрым и стойким восстановлением функционального состояния носа пациентов, позволяет в подавляющем большинстве случаев исключить стрессовый фактор повторных операций, сократить сроки реабилитации больных.

УДК 616.212:616.5-006.3-089.87:615.832+615.847

РИНОФИМА – НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Мустафаев Д. М., Гилилов В. И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

RHINOPHYMA – OUR EXPERIENCE OF THE TREATMENT

Mustafaev D. M., Gililov V. I.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Ринофима – инфильтративно-продуктивная стадия розацеа, для которой характерны образование воспалительных узлов, инфильтратов и опухолевидных разрастаний за счет прогрессирующей гиперплазии соединительной ткани и сальных желез в области наружного носа, а также стойкое расширение сосудов вследствие хронического прогредиентного заболевания. Лечение ринофимы – весьма сложная задача. Если начальная стадия заболевания на уровне красных угрей лечится консервативно, то ринофима только хирургически. На сегодняшний день существуют много способов хирургического формирования контура носа: с помощью скальпеля, эксцизия лазером, криохирургия, дермабразия, деструкция ультразвуком, электрокоагуляция, радиохирургия. Сообщаем наш опыт хирургического лечения ринофим с применением холодной плазмы.

Пациенты и методы исследования. За период с 2005 по 2015 г. в отделении оториноларингологии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского проведено успешное хирургическое лечение с применением холодной плазмы – 17 больным (женщин – 4, мужчин – 13) с ринофимой, из них 4 с фиброзно-ангиэктатической и 13 с железистой формами, со сроком наблюдения до 10 лет. Возраст больных от 53 до 78 лет. Удаление ринофимы выполняли с помощью холоднoплазменного хирургического аппарата Coblator II, который является биполярным прибором, предназначенным для работы в ЛОР-хирургии. Активным электродом EVac 70 Xtra IC от аппарата Coblator II Surgery System в режиме работы прибора «коблация» предварительно удалялись большие массы ринофимы, далее последовательно снимался слой за слоем измененной кожи до приобретения надлежащей формы носа. В ходе операции в режиме работы прибора «коблация» происходит дополнительный гемостаз мелких сосудов, а для гемостаза более крупных сосудов требуется применение режима работы прибора «коагуляция». Вмешательства проводили без пластики послеоперационного дефекта тканей наружного носа. При этом раневую поверхность закрывали мазе-

вой повязкой, а сверху накладывали давящую повязку. Первую перевязку проводили на 4–6-й день (меняли поверхностный слой). Эпидермизация наступала на 3–5-е сутки, завершение ее отмечали на 15–20-й день. После операции поверхность кожи носа была гладкой, без образования рубцов.

Выводы. Во всех наблюдениях эстетический результат был удовлетворительным. Преимуществами холодноплазменной хирургии при лечении ринофим являются: кровотечение во время операции незначительное, болевые ощущения отсутствуют в послеоперационном периоде. Метод хирургического лечения больных ринофимой с использованием холодноплазменного воздействия (коблации) представляется эффективным, безопасным, экономически выгодным, позволяет добиться хороших эстетических результатов.

УДК 616.716.1-006.342:616.71-002.27

ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНОГО РЕНАЛЬНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИЕЙ

Назарочкин Ю. В.[1–3], Степанович О. В.[2], Григорьева А. А.[1], Стройков М. А.[1], Объетанов А. А.[1]

[1] Астраханский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА, 414040, г. Астрахань, Россия

[2] ГБУЗ Астраханской области «Александро-Мариинская областная клиническая больница», 414040, г. Астрахань, Россия

[3] ООО «Травматологический центр «Локохелп», 414040, г. Астрахань, Россия

OSTEOBLASTOCLAST OF THE UPPER JAW IN A PATIENT WITH RENAL OSTEODYSTROPHY

Nazarochkin Yu. V.[1–3], Stepanovich O. V.[2], Grigor'eva A. A.[1], Stroikov M. A.[1], Ob''etanov A. A.[1]

[1] Astrakhan branch of Scientific and Clinical Center of Otorhinolaryngology FMBA, Astrakhan, Russia

[2] The Alexandro-Mariinsky Regional Clinical Hospital, Astrakhan, Russia

[3] Traumatological center „Locokhelp“

Деформации лица у больных хронической болезнью почек и минерально-костными нарушениями, длительно получающих гемодиализ, обусловлены развитием гиперпаратиреоза. Срок развития поражений максилофациальной зоны составляет 6–7 лет от начала гемодиализа, причем тип ренальной остеодистрофии не имеет предикторов среди рутинных маркеров минерального обмена и плотности костной ткани. Появление объемных и литических костных образований может отражать негативную динамику гиперпаратиреоза.

Дифференциальная диагностика опухолевых и метаболических резорбтивных процессов, сохранение жизненно важных структур и контуров лица представлены случаем успешного лечения пациента с остеобластокластомой верхней челюсти на фоне ренальной остеодистрофии. У больного отмечали патологические изменения костной ткани в различных отделах скелета. Начало появления клинических признаков совпало со стоматологическим лечением, до начала гемодиализа. В последующем отмечена стабилизация гиперпаратиреоза.

Сформулировано предположение об этапном патоморфозе очагов остеолизиса-пролиферации у больных ренальной остеодистрофией под действием провоцирующих факторов: инфекции, травмы, статических нагрузок. Преобладание процессов регенерации костной ткани более характерно для «бурых опухолей», чем для истинных новообразований. Остеобластокластомы верхней челюсти у больных хронической болезнью почек следует рассматривать как вариант автономных пролиферативных процессов в костной ткани на фоне остеопороза, хирургическое лечение возможно в объеме внутриочаговой резекции при развитии признаков компрессии окружающих структур. Коррекция гиперпаратиреоза является обязательным компонентом лечения больных ренальной остеодистрофией. Подчеркивается необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению данной патологии: хроническая болезнь почек, гиперпаратиреоз и очаговые поражения верхней челюсти находятся среди компетенций нефрологов, эндокринологов и оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов.

УДК 616.211+616.216-053.9-07-08

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Накатис Я. А., Конеченкова Н. Е., Рымша М. А.

ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА России, 194291, Санкт-Петербург, Россия

ФБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, Санкт-Петербург, Россия

MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC SINUSITIS AMONG PATIENTS OF ELDERLY AGE

Nakatis Ya. A., Konechenkova N. E., Rymsha M. A.

Clinical Hospital N 122 named after L. G. Sokolov, Saint Petersburg,Russia

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

За прошедшие 10 лет численность населения старше трудоспособного возраста выросла в России на 3 млн человек и на сегодняшний день составляет порядка 33 млн человек, или 23,1% от общего населения страны, – эти данные представила заместитель директора Департамента демографической политики и социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

По некоторым данным, болезни органов дыхания занимают первое место в общей структуре заболеваемости детей и взрослых и составляют 68–72%. Исследования отечественных ученых показывают, что удельный вес больных риносинуситом, требующих стационарного лечения, ежегодно увеличивается на 1,5–2%. В ЛОР-отделении КБ № 122 с 2011 по 2016 г. пролечено с положительным эффектом 1909 пациентов с диагнозами: острый синусит и обострение хронического синусита, из них старше 60 лет – 664 (35%). Необходимо знать возрастные особенности поведения геронтов, так как возрастные психологические изменения у пациентов пожилого возраста носят патологический характер. Пожилые люди становятся более чувствительными, ранимыми, на возникающие трудности или перемены в жизни реагируют страхом, депрессией, нередко неадекватной реакцией. В результате пожилые люди более склонны к появлению депрессии, ипохондрии, различных фобий. Такие особенности поведения гериатрического пациента необходимо понимать, поскольку они тесно переплетаются с симптомами болезней. Пациентов пожилого и старческого возраста лечат одновременно несколько специалистов: геронтологи, терапевты, кардиологи, онкологи, гастроэнтерологи, оториноларингологи, офтальмологи, поскольку количество хронических заболеваний у каждого пациента обычно с возрастом накапливается. Это ведет к полипрагмазии и снижению функции иммунной системы пожилого пациента. Современные взгляды на причины возникновения острого воспаления, его рецидивы и хронизацию обращены на изучение состояния иммунитета. Местный иммунитет представлен комплексом естественных защитных приспособлений, уровень которых настолько совершенен, что вероятность заболевания минимальна. Инвазия патогена в эпителиальные клетки, репродукция вируса, размножение бактерий, инициация активности грибов возможны только в условиях снижения функциональной потенции периферических адаптивных систем. Многоуровневая система защиты позволяет на местном уровне осуществить наряду с неспецифическими и специфические иммунные реакции, конечным этапом которых является продукция специфических иммуноглобулинов. Антитела, образованные в ответ на конкретный антиген, связывают его в иммунный комплекс антиген – антитело. В этом качестве патогены легче фагоцитируются и элиминируются. При внутриклеточном расположении возбудителя иммунная система включает цитотоксические механизмы разрушения зараженной клетки и ее уничтожение. В последние годы появилась возможность изучения механизмов регулирования иммунного ответа посредством цитокинов.

Цитокины – это микромолекулы, биологически активные вещества, которые в основном продуцируются иммунокомпетентными клетками. Они определяют многие эффекты иммунной системы. Изучение цитокинового уровня при различной патологии способствует раскрытию механизмов патогенеза заболеваний. В настоящее время уже появились сообщения о клиническом использовании некоторых цитокинов-

интерлейкин-1β (бета-лейкин), интерлейкин-2 (ронколейкин), интерфероны и др. Таким образом, развитие острого воспаления есть проявление недостаточности в различных звеньях многоступенчатого барьера пограничных тканей. В возникновении рецидивов установлена значительная роль цитокинов. Клинические проявления острого воспаления (ринит, синусит) при сохранении существенных для каждого заболевания различий имеют общие клинические симптомы – воспаление и интоксикацию. Показанием к системному назначению антибиотиков служат при остром процессе отсутствие эффекта от местного лечения в течение 48–72 ч, сохраняющиеся болевой синдром и температурная реакция 38 °С и выше. Весьма важное значение имеют препараты иммунонаправленного действия: иммуноглобулины, интерфероны, иммуноцитокины (Т-активин, тималин, тимостимулин, тимоген и др.). Костномозговые препараты, действующие на В-звено иммунитета: В-активин (миелопид), препараты генно-инженерной технологии: рекомбинантные цитокины – IL-1β (беталейкин), IL-2 (ронколейкин), реальдирон (ИФН-α) и др. Микробные препараты – продигиозан, ликопид, рибомунил, бронхомунал, ИРС-19 и др. Иммуностимуляция: стимуляторы репарации и метаболизма – деринат, спленин, церулоплазмин. Гормоны – глюкокортикоиды. Лечение вирусных инфекций предполагает применение интерферонов и их индукторов. Следует отметить также, что нерациональная медикаментозная терапия инфекционного процесса может усугублять иммунодефицитное состояние и стать причиной хронического течения болезни. Это касается остиомеатального комплекса, состоящего из анатомических образований, контролирующих вентиляцию околоносовых пазух и нормальное функционирование мукоцилиарного клиренса. Развитие ринологии и дополнительных методов исследования, таких как КТ, МРТ, привело к представлениям о полости носа вместе с ее околоносовыми полостями как о единой цельной системе. Сложность и лабильность кровеносного сосудистого русла в полости носа значительно превосходит кровоснабжение многих органов, в частности мышц, печени и мозга, обусловливая высокую гемодинамическую нагрузку слизистой оболочки полости носа, а также обеспечивая универсальную приспособляемость полости носа к условиям дыхания. В своих исследованиях Е. С. Юлдашев (2009) изучил морфометрические характеристики и специфику возрастной (инволюционной) перестройки структурных компонентов (эпителиального, соединительно-тканного, железистого) слизистой оболочки полости носа в пожилом и старческом возрасте в норме и в сравнительном аспекте, исследовал возрастные особенности структурной организации, архитектонику и зональные морфометрические показатели артериального и венозного русла слизистой оболочки перегородки носа и носовых раковин в пожилом и старческом возрасте. Он обосновал подходы к медикаментозной коррекции возрастных (инволюционных) изменений и патологических нарушений состояния полости носа в пожилом и старческом возрасте. Морфологические исследования слизистой оболочки полости носа человека в пожилом и старческом возрасте подтверждают концепцию о функциональном единстве слоев и микроструктур полости носа и имеют фундаментальное значение для оториноларингологии и гериатрии. Современные методы медикаментозного лечения позволяют эффективно восстанавливать функциональное состояние полости носа у лиц пожилого и старческого возраста как при возрастных изменениях, так и в условиях патологии. В пожилом и старческом возрасте (включая долгожителей) структурная организация слизистой оболочки полости носа характеризуется регрессивными изменениями морфометрических показателей эпителиального, соединительно-тканного, железистого и сосудистого компонентов, выявленные изменения более выражены в старческом возрасте и у долгожителей. Лечение пациентов старшей возрастной группы должно быть направлено на восстановление обменных процессов и носового дыхания в полном объеме, так как недостаток кислорода, а в ряде случаев – ронхопатия и апноэ сна, влекут за собой опасные для жизни последствия в виде сосудистых катастроф – инфаркта и инсульта. Весьма оправдана в этих случаях коррекция носового дыхания малоинвазивными хирургическими методами (лазерным и радиоволновым) в амбулаторных условиях.

Динамическое наблюдение этих пациентов должно осуществляться отоларингологом и геронтологом с привлечением терапевта, кардиолога, пульмонолога и эндокринолога (по показаниям).

УДК 616.216+616.212.4-085.816.2:616.216.1-002-08

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ ПУТЕМ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НЕПРЕРЫВНЫМ ПОТОКОМ ВОЗДУХА

Овчинников В. Ю., Исаченко В. С., Татаринцев С. Г.

ГКВБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова», 194044, Санкт-Петербург, Россия

IMPROVING THE EFFICIENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE RHINOSINUSITIS BY VENTILATION OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES A CONTINUOUS FLOW OF AIR

Ovchinnikov V. Yu., Isachenko V. S., Tatarintsev S. G.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Сравнивая состояние слизистой оболочки носа здоровых лиц и пациентов с острым риносинуситом в предыдущих исследованиях, возникло предположение, что дополнительная вентиляция полости носа в дополнение к типовому лечению данной патологии может привести к улучшению показателей состояния слизистой оболочки полости носа и ОНП и, как следствие, к более быстрому выздоровлению. Данная гипотеза и была целью нашего исследования.

Пациенты и методы исследования. Объектом настоящего исследования являлись пациенты в количестве 48 человек в возрасте от 18 до 40 лет, обоих полов, с диагнозом острый риносинусит.

Основную массу группы составили мужчины – 39 (81,%), женщин было 9 (18,8%).

Предметом исследования являлось состояние слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух пациентов на момент госпитализации и на протяжении всего лечения.

Больные были распределены на две группы: в 1-ю группу (контрольную) были включены больные в количестве 20 человек с острым риносинуситом, в лечении которых применялись традиционные методы (в соответствии с клиническими рекомендациями «Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов», утвержденными МЗ РФ, Москва – Санкт-Петербург, 2014); во 2-ю группу – больные с острым риносинуситом в количестве 28 человек, которым, помимо традиционного лечения, выполняли воздействие вентиляцией на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух.

Выполнялись ежедневная оценка концентрации водородных ионов (pH) носовой слизи калориметрический методом с помощью индикаторных полосок, калориферная функция носа путем измерения температуры в средних отделах полости носа на уровне средней носовой раковины, скорость мукоцилиарного транспорта с помощью угольного теста в модификации Г. М. Портенко, а также проводилась активная передняя риноманометрия с использованием риноманометра Rhino 300, где оценивали суммарный объемный поток воздуха (СОП), а также суммарное сопротивление при давлении 150 Па.

Двигательная активность мерцательного эпителия на первые сутки лечения у контрольной группы составила в среднем 9 мин 50 с, нормализация происходила к 7-м, иногда к 8-м суткам. У пациентов исследуемой группы отмечалось более резкое улучшение показателей активности мерцательного эпителия в первые сутки лечения с последующей нормализацией показателей к 5–6-м суткам госпитализации.

Результаты калориферной функции контрольной группы: температура в средних отделах (на уровне средней носовой раковины) при поступлении составляла 37,7±0,5 °С. Достоверное снижение температуры полости носа до верхней границы нормы происходило к 6-му дню традиционного лечения, а нормализация – в среднем к 7-му дню.

По данным риноманометрии – суммарный объем потока исследуемой группы достигал нормальных значений (> 500 $см^3$/с) в среднем уже на 3-и сутки лечения, тогда как у пациентов исследуемой группы это достигалось только на 4-е сутки. Средние данные суммарного сопротивления исследуемой группы также приходили в норму на 5-е сутки, что опять же на сутки раньше, чем у пациентов контрольной группы.

В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что вентиляция полости носа и ОНП обеспечивает улучшение аэрации пазух, функционирование естественных соустьев околоносовых пазух, создание менее благоприятных условий для дальнейшего развития патогенной микрофлоры, ведет к улучшению мукоцилиарного транспорта и, как следствие, к более быстрому выздоровлению пациентов.

УДК 616.716.1+616.318-089.844

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЩЕКИ СВОБОДНЫМ СЛОЖНЫМ КОЖНО-МЫШЕЧНО-КОСТНЫМ ЛОСКУТОМ УГЛА ЛОПАТКИ

Остринская Т. В., Жуманкулов А. М.

ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», 198255, Санкт-Петербург, Россия

RECONSTRUCTION POST-RESECTION DEFECTS OF THE MAXILLA AND CHEEK TISSUES BY THE FREE SKIN-MUSCLE-BONE FLAP OF THE SCAPULA ANGLE

Ostrinskaya T. V., Zhumankulov A. M.

City Clinical Oncology Center, Saint Petersburg, Russia

Опухоли полости носа и придаточных пазух составляют 0,2–0,4% от злокачественных опухолей других локализаций и чаще всего развиваются в гайморовой пазухе. Лечение данной патологии заключается в комбинации хирургического и химиолучевого компонентов. Стандартом хирургического лечения является резекция верхней челюсти, в результате которой формируются значительные дефекты лицевого скелета и мягких тканей щеки. Подобные дефекты требуют обязательного закрытия посредством экзопротезирования либо реконструкции аутотрансплантатами.

Цель исследования. Внедрение в клиническую практику СПб ГКОД варианта реконструкции постоперационных дефектов верхней челюсти сложным кожно-мышечно-костным аутотрансплантатом угла лопатки.

Пациенты и методы исследования. В 2016 г. в 8-м онкоотоларингологическом отделении СПб ГКОД выполнены четыре расширенно-комбинированные резекции верхней челюсти с первичным закрытием постоперационного дефекта сложным лоскутом угла лопатки, сформированным на торакодорзальной артерии. Морфологически у 3 пациентов верифицирован плоскоклеточный рак, у одного пациента – остеосаркома. У 2 пациентов опухолевая инфильтрация распространялась на кожу щеки, что потребовало формирования сложного кожно-мышечно-костного лоскута для закрытия дефекта тканей лица. На торакодорзальной артерии выполнено формирование лоскута, состоящего из двух площадок: кожно-мышечной из широчайшей мышцы спины и костного фрагмента угла лопатки. Костным фрагментом выполнено замещение дефекта твердого неба, кожно-мышечный фрагмент восполнил дефект мягких тканей щечной области. С использованием микрохирургической техники произведено анастомозирование донорских сосудов лоскута (торакодорзальной артерии с конкомитантными венами) с реципиентными сосудами шеи из системы наружной сонной артерии и внутренней яремной вены. Одному пациенту выполнено формирование простого костного лоскута без кожно-мышечной подушки в связи с отсутствием дефекта мягких тканей щеки. У одного больного произведено формирование сложного лоскута, состоящего из трех площадок: костного лоскута угла лопатки, кожно-мышечного лоскута широчайшей мышцы спины, мышечного лоскута зубчатой мышцы. Третья мышечная площадка использована для покрытия титановой пластины, восполняющей дефект нижнеорбитальной стенки для предотвращения опускания глазного яблока.

Результаты и обсуждение. У всех 4 оперированных пациентов осложнений со стороны микрососудистых анастамозов не наблюдалось. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Удаление носопищеводного зонда и восстановление энтерального питания произведено на 12–16-е сутки после операции. Косметические и функциональные эффекты удовлетворительные. Все пациенты живы в настоящее время, без рецидивов и метастазов, с периодом наблюдения от 3 до 10 месяцев.

Выводы. Применение первичной пластики пострезекционных дефектов верхней челюсти и мягких тканей щеки свободным сложным аутотрансплантатом из системы торакодорзальной артерии обеспечивает хороший косметический и функциональный результат, позволяет пациенту избежать сложного и дорогостоящего экзопротезирования, сокращает количество госпитализаций и позволяет пациенту рассчитывать в будущем на дентальное протезирование.

УДК 616.216.1-002-072.8

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ДВУСТОРОННЕГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ПО ДАННЫМ ВИЗУАЛЬНОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ

Перминов А. Б., Сакович А. Р.

ГУ «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF ACUTE BILATERAL MAXILLARY SINUSITIS ACCORDING TO A VISUAL ANALOG SCALE

Perminov A. B., Sakovich A. R.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic Belarus

Острый верхнечелюстной синусит (ОВЧС) – часто встречающаяся патология как на амбулаторном, так и на стационарном этапах. Одна из проблем – унифицированная оценка степени тяжести состояния пациента. Наиболее доступный и легко воспроизводимый метод оценки – использование визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), т. е. самостоятельная оценка пациентом с применением предложенной врачом методики и «инструмента» измерения. ВАШ представляет собой различные варианты 10-сантиметровой линейки, на которой пациент произвольно, после краткого инструктажа, в любом ее месте от 0 до 10 включительно, выбирает «оценку» (отмечает место) своего самочувствия или субъективной выраженности конкретного симптома. За 0 см принимается состояние «не беспокоит совсем», а за 10 см – «беспокоит настолько сильно, насколько можно себе представить». Данный метод входит в различные международные рекомендации, при этом от степени тяжести заболевания зависит тактика лечения пациента.

Цель исследования. Оценить степень тяжести общего состояния и отдельных симптомов ОВЧС самими пациентами по ВАШ и определить корреляцию тяжести отдельных симптомов со степенью тяжести общего состояния.

Таблица 1

Частота встречаемости симптомов по ВАШ более 5 см

Боль, %	Заложенность носа, %	Ринорея, %	Снижение обоняния, %
43	54	61	41

Таблица 2

Выраженность симптомов у пациентов с ОВЧС по данным ВАШ

Степень тяжести	Боль, %	Заложенность носа, %	Ринорея, %	Снижение обоняния, %
Легкая	44	24	20	37
Средняя	27	44	34	29
Тяжелая	29	32	46	34

Пациенты и методы исследования. В исследовании принял участие 41 пациент с острым двусторонним верхнечелюстным синуситом, возраст пациентов от 18 до 64 лет. В исследовании принимали участие стационарные пациенты. Ранжирование проводилось до начала лечения, оценка тяжести – согласно рекомендациям EPOS 2012: легкая степень – ВАШ от 0 до 3 см, средняя степень – ВАШ от 3,1 до 7 см, тяжелая степень – ВАШ от 7,1 до 10 см. Следует отметить, что при оценке по ВАШ более 5 см принято считать, что заболевание отрицательно влияет на качество жизни пациента.

По результатам исследования 41% пациентов с ОВЧС оценили свое состояние как тяжелое, 49% – средней степени тяжести, 10% – легкое. Общее состояние по ВАШ больше 5 см (т. е. отрицательно влияющее на качество жизни) отметили 68% пациентов с ОВЧС. Среди отдельных симптомов лишь выделения из носа (61%) и заложенность носа (54%) более чем в половине случаев отрицательно влияли на качество жизни (табл. 1). Выраженность отдельных симптомов представлена в табл. 2.

Как следует из табл. 2, у пациентов с ОВЧС «профиль симптомов» по каждой градации степени тяжести был достаточно ровным, без явного преобладания какого-либо одного или двух симптомов. Так, при оценке взаимосвязи общего состояния и отдельных симптомов выявлены умеренная корреляция (с заложенностью носа $r = 0{,}42$, риноreей $r = 0{,}33$, снижением обоняния $r = 0{,}35$, болью $r = 0{,}3$).

Заключение. Острый двусторонний верхнечелюстной синусит влиял на качество жизни в 68% (общее состояние по ВАШ больше 5 см). Стационарные пациенты с ОВЧС в 90% оценили свое состояние как среднетяжелое и тяжелое. Оценка тяжести общего состояния по ВАШ выявила умеренную корреляцию с отдельными симптомами. Среди отдельных субъективных симптомов (боль, ринорея и снижение обоняния, заложенность носа) корреляция заложенности носа с общим состоянием была наиболее выражена ($r = 0{,}42$).

УДК 616.213.1-006.327

ПОЛИОССАЛЬНАЯ ФОРМА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИИ С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ

Пестова Р. М.[1,2], Янборисов Т. М.[1,2], Савельева Е. Е.[1]

[1] ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450024, г. Уфа, Россия

[2] ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова», 450024, г. Уфа, Россия

POLIOSTOTIC FORM OF FIBROUS DYSPLASIA INVOLVING THE INFERIOR TURBINATE

Pestova R. M.[1,2], Yanborisov T. M.[1,2], Saveleva E. E.[1]

[1] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Bashkir Medical University", Ufa, Bashkortostan, Russia

[2] State-Financed Health Institution "Republican Clinical Hospital named after G. G. Kuvatov", Ufa, Bashkortostan, Russia

Фиброзная дисплазия (ФД) – необычное заболевание костной системы, которое может стать случайной находкой или иметь разнообразные клинические проявления. Заболевание впервые описано Лихтенштейном в 1938 г. Распространенность – 5–7%. Соотношение мужчин и женщин примерно 1:1. Различают три формы фиброзной дисплазии: полиоссальная, монооссальная и паностоз. Чаще встречаются монооссальные формы ФД, что составляет 81,4%.

Этиология ФД до конца не ясна. Все формы ФД связаны с мутацией в гене GNAS [2]. Также отмечается повышенный уровень фактора роста фибробластов 23 (FGF23). Гистология показывает медленное замещение медуллярной кости фиброзной тканью с различными стадиями костной метаплазии. Частыми симптомами ФД являются боль, деформации черепно-лицевого скелета. Аномальный рост и деформация костных структур могут привести к сдавлению черепных нервов с соответствующей клиникой (снижение остроты зрения, тугоухость). Рентгенологически ФД определяется эффектом «матового стекла». Малигнизация ФД происходит редко, менее 1%. Хирургическое лечение в черепно-лицевой области необходимо только в тех случаях, когда имеются неврологические симптомы. В обзоре литературы за последние 50 лет удалось обнаружить только 4 случая полиоссальной фиброзной дисплазии, в которых изменение потерпела и нижняя носовая раковина.

Мы наблюдали пациента 35 лет, которого беспокоили попеременная заложенность носа в течение 5 лет; увеличенный лобный бугор с правой стороны, рост которого последние несколько лет он не замечал. На момент осмотра пациент был соматически здоров. Было выявлено: безболезненный увеличенный лобный бугор, кожа над ним не изменена. Носовое дыхание затруднено справа. Эндоскопическая картина: перегородка носа по средней линии; слизистая оболочка носа розовая; правая нижняя носовая раковина плотной консистенции, увеличена в объеме по сравнению с левой, при анемизации не сокращалась. По данным КТ носа и околоносовых пазух признаки костно-фиброзной дисплазии костей черепа и правой нижней носовой раковины: объемное образование с четкими контурами высокой плотности, с эффектом «матового стекла». Пациенту было проведено эндоскопическое частичное подслизистое резецирование костного остова нижней носовой раковины под местной анестезией. Заключение патогистологического исследования: остеофиброзная дисплазия костей черепа. Пациент выписан с восстановлением носового дыхания.

Заключение. Таким образом, мы наблюдали редкий случай полиоссальной формы фиброзной дисплазии с поражением нижней носовой раковины. КТ носа и околоносовых пазух, а также гистологическое исследование позволили выявить это редкое заболевание и исключить такую патологию, как гипертрофический ринит, доброкачественные и злокачественные новообразования носовых раковин.

Строгое исполнение диагностического алгоритма позволило определить верную тактику лечения.

УДК 611.133.28:616.216.1-072.1

ТРАНСОРАЛЬНЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ АРТЕРИИ В ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКЕ: АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Полев Г. А., Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Авдеева К. С.

ФГБУ «ННПЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, 117997, Москва, Россия

INTRAORAL ENDOSCOPIC APPROACH TO MAXILLARY ARTERY IN THE INFRATEMPORAL FOSSA: ANATOMICAL STUDY AND CASE SERIES

Polev G. A., Grachev N. S., Vorozhtsov I. N., Avdeeva K. S.

National Scientific and Practical Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology named after Dmitriy Rogachev, Healthcare Ministry of Russia, Moscow, Russia

Хирургический метод остановки кровотечения в полости носа, включая коагуляцию клиновидно-небной артерии, является методом выбора в ситуациях, когда консервативное лечение не помогает. В некоторых случаях трансназальный эндоскопический доступ к дистальным ветвям верхнечелюстной артерии невозможен вследствие опухолевого процесса в полости носа, крылонебной и подвисочной ямках и (или) в верхнечелюстной пазухе.

Цель исследования. Разработка нового трансорального эндоскопического доступа к проксимальной части верхнечелюстной артерии в подвисочной ямке с сохранением целостности переднебоковой стенки верхнечелюстной пазухи.

Задачи исследования. Оценить удобство и целесообразность трансорального эндоскопического доступа к верхнечелюстной артерии в подвисочной ямке.

Материалы, пациенты и методы исследования. Анатомическая часть исследования выполнена на 6 анатомических препаратах (12 сторон). Все препараты были предварительно обработаны с наливкой кровеносных сосудов цветным силиконом. Верхнечелюстная артерия была выделена от уровня глубокого брюшка височной мышцы и ветви нижней челюсти латерально до терминальных ветвей медиально через комбинированный трансназальный-трансоральный эндоскопический доступ с сохранением целостности переднебоковой стенки верхнечелюстной пазухи. Оценивались анатомические взаимоотношения между верхнечелюстной артерией, глубоким и поверхностным брюшками височной мышцы, латеральной крыловидной мышцей и щечным нервом.

Результаты исследования. Вторая порция верхнечелюстной артерии во всех диссекциях была обнаружена в месте перекреста горизонтально-ориентированных волокон латеральной крыловидной мышцы и вертикально-ориентированных волокон глубокого брюшка височной мышцы. Щечный нерв во всех случаях проходил из-за нижнего брюшка латеральной крыловидной мышцы кпереди, располагаясь над ним, перекрещивал его и далее, поворачивая перпендикулярно вниз, располагался по медиальному краю глубокого брюшка височной мышцы. В 10 наблюдениях верхнечелюстная артерия располагалась кпереди и латерально от нижнего брюшка латеральной крыловидной мышцы, в 2 наблюдениях она располагалась кзади и медиально («глубже») от него, проходя сквозь волокна мышцы.

Доступ применен для удаления латерального подвисочного компонента юношеской ангиофибромы основания черепа IIIa и IIIb стадий по Fisch-Andrews как первый этап удаления опухоли у 2 пациентов, что позволило осуществить проксимальный сосудистый контроль и ишемизацию опухоли перед началом трансназального этапа, что, в свою очередь, уменьшило кровопотерю. У одного пациента доступ позволил остановить кровотечение после трансназального эндоскопического удаления местно-распространенной хондросаркомы как альтернатива эмболизации верхнечелюстной артерии, при этом сохраняя в полости носа тугую переднюю и заднюю тампонады; после клипирования верхнечелюстной артерии тампон из полости носа удален и кровотечение не рецидивировало. В одном случае доступ применен для биопсии злокачественного новообразования подвисочной ямки у ребенка 2 месяцев, – в данном случае биопсия наружным доступом в связи с трудной локализацией опухоли оказалась неинформативной, а трансназальный и трансмаксиллярный доступы были невозможны в связи с недоразвитием анатомических ориентиров в полости носа и минимальной пневматизацией верхнечелюстных пазух.

Заключение. Модифицированный трансоральный эндоскопический доступ к подвисочной

ямке применим для выделения латерального компонента доброкачественных новообразований, кровоснабжающихся из бассейна верхнечелюстной артерии (например, ЮАОЧ). Он применим для клипирования проксимальной части верхнечелюстной артерии с целью остановки носового кровотечения (в том числе после хирургических вмешательств и при наличии тампонады в полости носа и верхнечелюстной пазухи), а также для биопсии злокачественных новообразований крыловидной и подвисочной ямок как альтернатива эндоназальному доступу по Денкеру, трансмаксиллярному и транспалатальному доступам, что особенно актуально у детей до 1 года жизни в связи с гипопневматизацией околоносовых пазух.

УДК 616.216-002.2:575

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Полоников А. В., Пискунов В. С., Мезенцева О. Ю., Бушуева О. Ю., Левченко А. С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305007, г. Курск, Россия

GENETIC BACKGROUNDS OF CHRONOC RHINOSINUSITIS

Polonikov A. V., Piskunov V. S., Mezentseva O. Yu., Bushueva O. Yu., Levchenko A. S.

Federal State Budgetary Institution Higher Education „Kursk State Medical University“ of Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russia

Хронический риносинусит (ХРС) – один из 10 самых распространенных диагнозов в амбулаторной практике. Хронический риносинусит может быть подразделен на две группы: ХРС без ПН (полипоз носа) и ХРС с ПН – ХПРС (хронический полипозный риносинусит).

О генетической предрасположенности стали говорить, после того как заметили, что эта патология накапливается в семьях. В исследовании Rugina и др. больше чем половина из 224 пациентов с ХПРС (52%) имели положительный наследственный анамнез. Однако работы, посвященные изучению генетических факторов, разрозненны и их число минимально.

По мнению J. M. Greve (1989), F. L. Jahnsen (1995), при ХРС увеличена концентрация многих цитокинов, таких как IL-1, IL-6, IL-8, TNF-альфа, IL-3, GM-CSF, маркеры нейтрофила (MPO) и эозинофильный катионный белок (ECP). VCAM-1 (молекула, ответственная за пополнение эозинофилов) и IL-5 (ключевой цитокин в выживании и активации эозинофилов) при ХРС не увеличены. В профиле цитокинов при ХРС есть выраженная экспрессия Th1-цитокина и TGF-ß, тогда как при ХПРС преобладает IL-5 (Th2-цитокин) и IgE.

Интерлейкин-1 (IL-1) является центральным цитокином, вовлеченным в большинство воспалительных реакций. У людей IL-1 существует в двух формах, IL-1α (ген IL1A [OMIM 147760]) и IL-1β (ген IL1B [OMIM 147720]), и расположен на 2-й хромосоме. Ряд ученых продемонстрировали, что полиморфизм гена IL1A связан с аллергическим статусом без астмы, с астмой и хроническим полипозным риносинуситом и с периодонтитом.

Фактор некроза опухоли (TNF) является важным провоспалительным цитокином, в основном секретируемым моноцитами, макрофагами и клетками.

Takeuchi et al. Kazuhiko (2000) обнаружили значительно более высокую частоту генного полиморфизма ($p < 0,05$) аллели TNFB*2 ФНО-b у больных с хроническим синуситом (74%) по сравнению со здоровыми людьми (56%). Эта группа ученых предполагает, что генный полиморфизм ФНО-b может формировать генетическую предрасположенность к хроническому синуситу у японских пациентов.

В настоящее время особое значение в патогенезе ХРС отводится тканевым факторам роста. Профиль цитокинов при ХРС отражает повышенную экспрессию TGF-α. Вышеизложенное позволяет сделать вывод о возможной вовлеченности генов факторов роста в патогенез ХРС, что подтверждается работами греческих ученых, изучавших полиморфизм генов белков факторов роста (VEGFA, FGF-2, TGFß-1, EGF и IGF-1) у пациентов с ХПРС.

Vidya Raman et al. обнаружили увеличение CFTR мутации у детей, страдающих ХРС с неподтвержденным муковисцедозом и нормальным содержанием хлоридов в поте. Эти результаты подтверждают кандидатную роль CFTR гена в патогенезе ХРС.

В работе Fryer at al. (2000) прослеживается прямая связь между GST-полиморфизмом и риском развития БА. По данным А. В. Полонникова на сочетанное развитие вазомоторного ринита и (или) риносинусита и БА оказывают влияние полиморфизмы генов +/0 GSTT1) и 3435C/T MDR1, в возникновении ХПРС принимают участие G-50T CYP2J2 и +/0 GSTT1.

Заключение. Приведенные в обзоре данные являются лишь первым этапом в изучении наследственной природы хронического синусита. Обозначенные группы генов потенциально способны оказывать влияние на возникновение и развитие заболевания.

Широкая распространенность ХРС и его значимость обусловливают необходимость дальнейших углубленных исследований в данном направлении.

УДК 616.213.1+616.212.5-089:615.837.3

ПРИМЕНЕНИЕ 0,9% РАСТВОРА ХЛОРИДА НАТРИЯ, КАВИТИРОВАННОГО НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ, В ХИРУРГИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН И ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Пустовит О. М.[1], Наседкин А. Н.[1], Исаев Э. В.[1], Кузьмин М. В.[1,2]

[1] ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 1129110, Москва, Россия

[2] ГАУЗ «Брянская городская больница № 2», 241047, г. Брянск, Москва

APPLICATION OF 0,9% SODIUM CHLORIDE, CAVITATING LOW-FREQUENCY ULTRASOUND, IN SURGERY OF THE INFERIOR TURBINATES AND THE NASAL SEPTUM

Pustovit O. M.[1], Nasedkin A. N.[1], Isaev E. V.[1], Kuzmin. M. V.[1,2]

[1] Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

[2] Bryansk City Hospital N 2, Bryansk, Moscow

Лидирующее место в структуре хирургического лечения ЛОР-заболеваний принадлежит коррекции перегородки носа и нижних носовых раковин. Несмотря на то что современная ринохирургия направлена на минимизацию травматизма структур оперируемого органа, послеоперационная фармако- и физиотерапии делают очевидные успехи, сроки реабилитации пациентов после септумкоррекци и подслизистой вазотомии нижних носовых раковин составляют от нескольких недель до нескольких месяцев. Длительный восстановительный период ведет к снижению качества жизни пациентов, а также к значительным экономическим потерям.

Местное применение лекарственных растворов, озвученных низкочастотным ультразвуком, позволяет выполнить обработку раневой поверхности, уменьшить микробную обсемененность раны, нормализовать обменные процессы в раневой поверхности и в системе микроциркуляторного русла, а также активировать макрофагальные реакции, усилить пролиферативную и синтетическую активность фибробластов. Все выше перечисленные свойства кавитированных низкочастотным ультразвуком лекарственных растворов делают перспективным их использование для стимуляции репаративных процессов слизистой оболочки в ринохирургии.

Цель исследования. Повышение эффективности репаративных процессов слизистой оболочки носа после септопластики и подслизистой вазотомии нижних носовых раковин путем воздействия на нее кавитированного низкочастотным ультразвуком 0,9% раствора хлорида натрия.

Пациенты и методы исследования. В ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 2014 г. наблюдали 42 пациентов в возрасте от 18

до 68 лет, которым были выполнены септопластика и подслизистая вазотомия нижних носовых раковин по поводу искривления перегородки носа и вазомоторного ринита. Исследуемые были разделены на две группы: основную и контрольную. Пациентам контрольной группы проводили стандартную послеоперационную терапию: орошение полости носа изотоническим раствором морской воды, туалет полости носа, антибиотикотерапию. Пациентам основной группы, кроме выше указанной терапии, начиная со 2-х суток после операции, выполняли орошение полости носа 0,9% раствором хлорида натрия, озвученным низкочастотным ультразвуком. Сеанс воздействия длился по 1 мин в каждой половине носа курсом 5 дней. Кавитирование 0,9% раствора хлорида натрия осуществляли аппаратом «Кавитар-фотохром» (частота акустических ультразвуковых колебание – 29 КГц, амплитуда – 25 мкм).

Оценку состояния слизистой оболочки полости носа до операции, на 2-е и 14-е сутки после операции проводили с помощью следующего комплекса обследований: эндоскопический осмотр полости носа; определение выделительной, транспортной, всасывательной функций слизистой оболочки носа с использованием диагностической растворимой полимерной пленки с метиленовым синим и сахарином; цитологическое исследование мазков-перепечатков, взятых из обеих половин носа. Также выполняли объективное исследование носового дыхания методом передней активной риноманометрии.

Заключение. По предварительным результатам исследования у пациентов основной группы, где в послеоперационном периоде выполнили орошение полости носа 0,9% раствором хлорида натрия, озвученным низкочастотным ультразвуком, быстрее нормализовывалось носовое дыхание, восстанавливались транспортная, выделительная, всасывательная функции слизистой оболочки носа, цитологическая картина раньше приобретала регенеративный характер в сравнении с контрольной группой.

Таким образом, применение кавитированного низкочастотным ультразвуком 0,9% раствора хлорида натрия после септопластики и подслизистой вазотомии нижних носовых раковин способствует стимуляции репаративных процессов слизистой оболочки носа и, как следствие, укорочению периода реабилитации пациентов.

УДК 616.216.1-002:616.314:576.8.073.3

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРФОРАТИВНЫХ ФОРМ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Ремизова Е. А., Умпиерре Яньес Э. Э., Сипкин А. М., Русанова Е. В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS ASSOCIATED WITH MAXILLARY SINUS PERFORATION

Remizova E. A., Umpierre Yan'es E. E., Sipkin A. M., Rusanova E. V.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Верхнечелюстной синусит является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний придаточных пазух носа, причем в 38–40% случаях его этиология одонтогенная. Отдельную (до 45,6% всех случаев заболевания) группу составляют верхнечелюстные синуситы, осложненные перфорацией дна верхнечелюстной пазухи. У пациентов с данной формой заболевания течение воспалительного процесса усугубляется за счет постоянной контаминации верхнечелюстной пазухи микрофлорой полости рта и ее дериватами, что создает неблагоприятные условия для оперативного лечения, влияя на исход заболевания.

Пациенты и методы исследования. В отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского проведено обследование и лечение 84 пациентов обоего пола

в возрасте от 18 до 70 лет, находившихся на лечении с диагнозом хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Из них у 47 пациентов течение заболевания было осложнено наличием сформированного оро-антрального соустья (давность существования от 2 недель до 6 месяцев). У 37 пациентов перфорация верхнечелюстной пазухи зафиксирована интраоперационно в ходе удаления зубов, явившихся причиной развития верхнечелюстного синусита. Всем пациентам выполнено исследование микрофлоры пораженных верхнечелюстных пазух.

В ходе проведенных исследований установлено, что у большинства исследуемых пациентов выявлялась кокковая флора, чаще грамположительные кокки: зеленящий стрептококк, стрептококки групп A и D, гемолитический и золотистый стафилококки. Реже выявлялись нейссерии различных видов, энтерококки, грамотрицательные бактерии. Отмечено у ряда пациентов наличие в мазках грибов рода *Candida* различных подвидов и факультативной анаэробной микрофлоры.

При исследовании группы пациентов с длительно существующим оро-антральным соустьем наиболее часто выявлялись микроорганизмы вида *S. viridans* (53,19%). До 10% всех результатов исследования в данной группе пациентов показали наличие нейссерий различных видов, энтерококки встречались в 8% случаев, неферментирующая грамотрицательная флора также выявлялась в 8,5% всех исследуемых образцов. В ряде случаев (8,5%) отмечено наличие факультативной анаэробной флоры (*E. coli*).

При исследовании группы пациентов с интраоперационными перфорациями пазухи выявлены преимущественно грамположительные кокки различных видов, причем в более чем половине случаев отмечены микроорганизмы вида *S. haemoliticus*, не встречающиеся в 1-й группе пациентов. При проведении исследования выявлялась флора, характерная как для риногенного синусита (*Moraxella spp.*), так и для одонтогенных очагов инфекции (*E. coli*) (13,5 и 8,1% соответственно).

Заключение. Таким образом, в ходе проведенных исследований выявлена зависимость микробиологического пейзажа верхнечелюстной пазухи от длительности существования ее перфорации. Повышение частоты встречаемости микрофлоры, характерной для одонтогенных очагов, при длительно существующей перфорации связано с инвазией микроорганизмов при распространении воспалительного процесса из периапикальных тканей дистальных зубов верхней челюсти и деструкции костной стенки дна верхнечелюстной пазухи.

УДК 616.216-073.756.8-079.4-098

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА 18F-ФДГ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРОДУКТИВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПЭТ-КТ

Решетник П. В., Пискунов И. С., Глазьев И. Е.

ООО «ПЭТ-Технолоджи», «Центр ядерной медицины», 305018, г. Курск, Россия

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305007, г. Курск, Россия

FEATURES OF 18F-FDG METABOLISM IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PRODUCTIVE PATHOLOGICAL PROCESSES IN THE PARANASAL SINUSES IN COMBINED PET-CT

Reshetnik P. V., Piskunov I. S., Glazyev I. E.

PET Technologies, Nuclear Medicine Center, Kursk, Russia

Kursk State Medical University of Ministry of Health of Russia, Kursk, Russia

В связи с более широким внедрением в практику метода сочетанной ПЭТ-КТ накапливается все больше информации об особенностях протекания патологических процессов в различных органах и системах. Вместе с тем в настоящее время в научной литературе имеются лишь единичные сообщения об отдельных случаях диагностики продуктивных патологических процессов в

околоносовых пазухах при проведении ПЭТ-КТ и совершенно отсутствуют обобщающие исследования, посвященные особенностям метаболизма 18F-ФДГ в зависимости от нозологической формы синусита и других заболеваний параназальных синусов.

Цель и задачи исследования. Изучение возможностей гибридного метода позитронно-эмиссионной (рентгеновской) компьютерной томографии (ПЭТ-КТ) в визуализации продуктивных патологических процессов в околоносовых пазухах и оценка активности метаболизма 18F-ФДГ при различных нозологических формах синуситов.

Пациенты и методы исследования. Нами проанализированы результаты исследований 1200 пациентов, проходивших сочетанную ПЭТ-КТ с использованием РФП 18F-ФДГ на аппарате OPTIMA 560 на базе Центра ядерной медицины в г. Курске в период с 06.2015 по 12.2016 г. Все пациенты были направлены на исследование по основному онкологическому заболеванию либо с подозрением на него в целях диагностики первичного онкологического заболевания, уточнения распространенности процесса и контроля динамики его развития на фоне проведенного лечения. Применялся стандартный протокол исследования всего тела: от орбитомеатальной линии до середины бедра, экспозиция пациента после инъекции РФП составляла 60 мин.

Результаты исследования. Из общего количества обследованных пациентов в группе из 49 человек (4,08%) были выявлены патологические изменения со стороны околоносовых пазух. Среди них женщин было 33 (67,35%), мужчин – 16 (32,65%). Возрастной интервал составил от 27 до 76 лет, при среднем возрасте 61 год. Правосторонняя локализация процесса наблюдалась у 28 больных (57,14%), левосторонняя – у 11 человек (22,45%), двусторонняя – у 10 пациентов (20,41%).

Кисты верхнечелюстных пазух были выявлены у 22 пациентов (44,90%), из них у 8 – одонтогенной природы (36,36%). В одной случае в одонтогенной кисте регистрировалась малая активность ФДГ (SUV_{max}=2,98), в остальных случаях активного метаболизма ФДГ не отмечалось.

Хронические верхнечелюстные синуситы диагностированы у 18 пациентов (36,73%), причем у 8 больных (44,44%) – грибковой природы, у 9 – бактериальной этиологии (50%), в одном случае – как осложнение хронического периодонтита (5,56%). Малая активность метаболизма ФДГ регистрировалась у одного больного с перепломбировкой дентального канала (SUV_{max} = 3,39), у одного человека с периодонтитом (SUV_{max} = 3,72), у 6 пациентов с хроническим гиперпластическим синуситом (SUV_{max} до 3,53). У 4 пациентов (22,22%) с гиперпластической формой хронического гайморита, сопровождающегося формированием антрохоанальных полипов, на фоне метаболической активности ФДГ (SUV_{max} до 5,83) с диффузным характером распределения регистрировалась аметаболическая зона округлой формы, располагающаяся в основании полипа, обусловленная ретенционной кистой. Еще у 2 пациентов диагностирован пансинусит (6,12 %), в единичном случае – гемисинусит (33,33%) с левосторонней локализацией процесса; во всех этих наблюдениях локально регистрировалась малая активность ФДГ (SUV_{max} до 2,82).

Изолированная гиперплазия слизистой оболочки выявлена: в передних ячейках решетчатого лабиринта – у 1 пациента, также у 1 – в левой верхнечелюстной пазухе, еще у 1 – в таковой справа (SUV_{max} до 3,64). У 1 (2,04%) пациента определялось сочетание двустороннего хронического верхнечелюстного гиперпластического синусита с передним этмоидитом без активности ФДГ.

Еще у 1 (2,04%) пациента диагностирована фиброзная остеодисплазия (смешанная форма) лобных пазух и передних ячеек решетчатого лабиринта с признаками относительно высокой активности ФДГ (SUV_{max} = 5,03), обусловленной, вероятнее всего, фибробластной активностью.

Обращает на себя внимание, что во всех случаях фунгозных синуситов и ретенционных кист верхнечелюстных пазух повышения активности метаболизма 18F-ФДГ не отмечалось.

Выводы. Методика сочетанного ПЭТ-КТ при продуктивных процессах в околоносовых пазухах позволяет определять характер патологических изменений, регистрировать метаболическую активность 18F-ФДГ и количественно ее оценивать. Это позволяет судить об активности хронических процессов при воспалительных изменениях различного генеза и о наличии фибробластной активности в случае фиброзной остеодисплазии.

УДК 616.216.1-002:576.8.077.3

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК, ИММУНОГЛОБУЛИН А И ТИП АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СИНУСИТОМ

Сакович А. Р.

ГУ «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

C-REACTIVE PROTEIN, IMMUNOGLOBULIN A AND THE TYPE OF ADAPTATION IN THE PATIENTS WITH ACUTE PURULENT SINUSITIS

Sakovich A. R.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic Belarus

Сложные механизмы воспалительной реакции направлены на восстановление и поддержание гомеостаза и отражают адаптационный ресурс организма в противостоянии инфекции. Одним из механизмов острой фазы воспаления является существенное изменение биосинтеза белков («белки острой фазы»), концентрация которых зависит от стадии заболевания и глубины повреждения тканей. Основным компонентом при развитии острой фазы воспаления является С-реактивный белок (СРБ). В этой связи представляется интересным выяснить, какие типы адаптационных реакций имели место у пациентов с острым гнойным синуситом (ОГС) при повышенной концентрации СРБ (> 10 мг/л) и при ее повышении в интервале 5–10 мг/л. Концентрация СРБ > 10 мг/л считается более корректной для оценки бактериальных инфекций. Можно было предположить, что при повышенной концентрации (СРБ > 10 мг/л) реакция адаптации будет стрессорного типа, а при повышении СРБ в интервале 5–10 мг/л реакция адаптации будет антистрессорной.

Более поздний иммунный ответ на бактериальную инфекцию при ОГС связан с выработкой иммуноглобулинов (Ig). Адекватность этого процесса во многом отражает стабильность адаптационных механизмов, что может влиять на исход ОГС. Данные литературы о содержании Ig у пациентов с ОГС немногочисленны и часто неоднозначны, что предполагает дальнейшее продолжение исследований.

Цель исследования. Определить соотношение концентрации СРБ, иммуноглобулина А (IgA) и типов адаптационных реакций у пациентов с ОГС. Выбор именно IgA определяется его участием в иммунном ответе слизистых оболочек. Тип реакции адаптации определен по лимфоцитарному индексу (ЛИ) – отношению лимфоцитов (%) к нейтрофилам (%) в общем анализе крови. Значения ЛИ от 0,4 и ниже соответствуют стрессорному типу адаптации, значения ЛИ выше 0,4 – антистрессорному типу адаптации.

Результаты и обсуждение. Концентрация СРБ определена у 58 пациентов с ОГС, возраст от 20 до 50 лет. Из них 27 пациентов (46,6%) имели повышенный уровень СРБ > 10 мг/л, у 31 пациента (53,4%) уровень СРБ был повышен в интервале 5–10 мг/л.

Далее было установлено, что у пациентов с ОГС, имевших повышенную концентрацию СРБ более 10 мг/л, преобладающим типом реакции адаптации был стрессорный, выявленный в 63,0% (17/27). При содержании СРБ 5–10 мг/л у пациентов с ОГС стрессорный тип адаптации был выявлен только в 12,9 % (4/31), соответственно преобладал антистрессорный тип реакции адаптации (87,1%). Таким образом, повышенная концентрация СРБ > 10 мг/л чаще встречалась при более напряженном (стрессорном) типе адаптационных реакций. Для расширения информативности полученных результатов дополнительно было определено отношение шансов (ОШ). Установлено, что шансы выявления стрессорного типа реакции адаптации у пациентов с ОГС при повышенной концентрации СРБ > 10 мг/л в 11,5 раза выше, чем при нормальном содержании СРБ. Данные статистически достоверны (ОШ = 11,5; $p < 0,001$), что может служить дополнительным прогностическим критерием. По результатам проведенного исследования доказана достоверная корреляционная связь между концентрацией СРБ и ЛИ ($r = –0,37$; $p = 0,004$). Следовательно, доказана закономерность, что снижение ЛИ (характерно для нарастания адаптационной напряженности в сторону стресса) сопровождалось повышением концентрации СРБ. Чем меньше ЛИ и больше концентрация СРБ при ОГС, тем больше нарастает напряженность адаптации и уменьшается ее ресурс, что может привести к развитию стресса вплоть до полной разбалансировки и истощения адаптационных механизмов.

Концентрация IgA определялась методом турбидиметрии в сыворотке крови из вены ($n = 118$). У пациентов с ОГС повышенная концентрация IgA была выявлена в 12,7% (15/118). В отли-

чие от СРБ при повышенной концентрации IgA в сыворотке крови из вены чаще наблюдались антистрессорные типы реакций адаптации, чем стрессорные, различия по отношению шансов достоверны (ОШ = 16,0; p = 0,003).

Заключение. Таким образом, повышенная концентрация сывороточного IgA свидетельствует о хорошей адаптационной реактивности и может расцениваться как благоприятный прогностический признак.

УДК 616.211-008.4-073.178:616.212-007.29

ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКУСТИЧЕСКОЙ РИНОМЕТРИИ И ПЕРЕДНЕЙ АКТИВНОЙ РИНОМАНОМЕТРИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА

Типикин В. П.

ГБКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

THE IMPORTANCE OF INDICATORS OF ACOUSTIC RHINOMETRY AND FRONT ACTIVE RHINOMANOMETRY IN THE STUDY OF THE FUNCTION OF NASAL BREATHING DURING THE DEFORMATIONS OF THE EXTERNAL NOSE

Tipikin V. P.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Наиболее частой жалобой пациентов с деформацией наружного носа, наряду с нарушением функции благообразия лица, является затруднение носового дыхания. Следует иметь в виду, что данное состояние является симптомокомплексом, а не диагнозом. Ощущение затруднения носового дыхания носит субъективный характер и зависит от многих причин и особенностей организма. В частности, в преобладающем числе наблюдений деформация наружного носа сопровождается теми или иными деформациями перегородки носа. Изменение направления и силы воздушного потока при наличии деформации перегородки полости носа приводит к нарушению прохождения воздушной струи через полость носа. Субъективно это воспринимается как повышенное носовое сопротивление. Деформация перегородки носа является наиболее частой причиной нарушения носового дыхания, при этом вид деформации зачастую не имеет существенного значения.

Следует отметить, что хирургическое устранение деформации наружного носа должно сопровождаться и восстановлением функции носового дыхания, что, в свою очередь, предполагает не только воссоздание нормальных анатомических соотношений в полости носа, но и научно обоснованное прогнозирование послеоперационного функционального результата.

Объектом наших исследований явилось изучение респираторной функции и архитектоники полости носа у пациентов с различными видами деформации наружного носа.

Цель исследования. Установление клинико-диагностической значимости акустической ринометрии и передней активной риноманометрии у пациентов при различных вариантах деформации наружного носа и искривления перегородки носа.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов с деформацией наружного носа: 20 мужчин и 18 женщин в возрасте от 18 до 55 лет. У всех пациентов деформация наружного носа сопровождалась искривлением перегородки носа и вазомоторным ринитом с разной степенью выраженности клинических проявлений. Всем пациентам в ходе предоперационного обследования выполнялись акустическая ринометрия и передняя активная риноманометрия.

В ходе обследования выявлено, что при деформации перегородки носа в хрящевом отделе наблюдается уменьшение минимальной площади поперечного сечения и объема полости носа на стороне искривления за счет деформации перегородки и с противоположной стороны за счет гипертрофии нижней носовой раковины (остальные параметры полости носа не изменяются). По

данным передней активной риноманометрии отмечены уменьшение объемного потока и увеличение сопротивления воздушного потока на стороне искривления.

При деформации перегородки носа в костном отделе по данным акустической ринометрии изменения зафиксированы в виде уменьшения минимальной площади поперечного сечения и объема полости носа на стороне искривления. В 71,4% случаях они не сопровождались изменениями объема полости носа на противоположной стороне. По данным передней активной риноманометрии аналогично отмечено уменьшение объемного потока и увеличение сопротивления воздушного потока на стороне искривления.

После риносептопластики через 6 месяцев и более при проведении акустической ринометрии и передней активной риноманометрии происходит увеличение показателей минимальной площади поперечного сечения, объема полости носа и объемного потока на стороне имевшегося ранее искривления и уменьшение сопротивления воздушного потока

Выводы. Акустическая ринометрия и передняя активная риноманометрия являются основными дополнительными методами диагностики патологии внутриносовых структур для более четкого обоснования необходимости, тактики и объема хирургического вмешательства.

Оценку результатов акустической ринометрии и передней активной риноманометрии необходимо проводить наряду с визуализацией внутриносовых структур с помощью эндоскопии и компьютерной томографии.

УДК 616.216.1-002:616.314-048.445

ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА НА ТЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА

Хрусталева Е. В., Нестеренко Т. Г.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», 656028, г. Барнаул, Алтайский край, Россия

IMPACT OF THE NASAL CAVITY PATHOLOGY ON THE COURSE OF ODONTOGENIC SINUSITIS

Khrustaleva E. V., Nesterenko T. G.

Altai State Medical University, Barnaul, Altai Territory, Russia

Особое место в структуре синуситов занимает его одонтогенная форма, на долю которой приходится от 20 до 40% пациентов. Имеется недостаточно данных, определяющих влияние патологии полости носа на характер течения одонтогенных синуситов, что и определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения одонтогенных синуситов, сочетающихся с патологией полости носа.

Пациенты и методы исследования. В клинике ЛОР-болезней АГМУ в период с 2015 по 2017 г. был проведен анализ клинических данных, результатов обследования и лечения 142 больных хроническим одонтогенным синуситом. Было отмечено, что среди обследованных пациентов встречаются больные, течение патологического процесса у которых не укладывается в привычную клиническую картину, как одонтогенных, так и риногенных синуситов. Клинические проявления у этих пациентов отличались более тяжелым течением, с вовлечением в воспалительный процес одновременно нескольких пазух, развитием орбитальных и внутричерепных осложнений, возникновением рецидивов после лечения. У всех этих больных мы выделили объединяющий признак – искривление перегородки носа (шипы, гребни, подвывих четырехугольного хряща) и патологию структур остиомеатального комплекса (гипертрофия переднего конца средней носовой раковины, гипертрофированный или патологически измененный крючковидный отросток, гипертрофия клеток решетчатой воронки). У них клиническая картина приобретала симптоматику и течение не только одонтогенного, но и риногенного синусита, так как одонтогенный воспалительный процесс, с нашей точки зрения, наслаивался на изменения в околоносовых сину-

сах, которые произошли на фоне ухудшения дренажной функции вследствие нарушений структур полости носа.

Такие пациенты предъявляли жалобы на головную боль разлитого характера (91,7%), выраженное затруднение носового дыхания (86,9%), ощущение гнилостного запаха из носа (80,9%), боль по ходу ветвей тройничного нерва (46,6%), боль в проекции пораженной пазухи (72,6%). Проявления синусита в большей степени развились на фоне осложненного кариеса моляров и премоляров (57,1%) вследствие удаления (25%), либо пломбирования зубов верхней челюсти (17,9%). При рентгенологическом обследовании было выявлено, что патологический процесс проявлялся гомогенным интенсивным затемнением околоносовых синусов (57,2%), наличием уровня жидкости в пораженных синусах (16,7%), вовлечением в патологический процесс нескольких пазух, непроходимостью естественного соустья верхнечелюстных пазух (63,1%). При микробиологическом исследовании экссудата из синусов носа были выявлены как представители анаэробной флоры (83,3%), так и представители аэробной флоры (55,9%), причем чаще выявляли ассоциации микробных возбудителей (58,4%). Все больные были пролечены оперативным путем (комбинированная синусотомия). Анализ находок на операции показал вовлечение в патологический процесс всех стенок пораженных синусов (87%), наличие холестеатомных масс (67,2%) и некротические изменения в пазухах у 16,7% пациентов. При этом больные одонтогенным синуситом с выраженным нарушением структур полости носа поступили в ЛОР-клинику с осложнениями, такими как: риногенный менингоэнцефалит, абсцесс мозга (1,2%), флегмона орбиты (8,3%), реактивный отек век и клетчатки орбиты (8,3%), субпериостальный абсцесс в области передней стенки лобной пазухи (2,4%). Причем эти осложнения у части больных развивались практически молниеносно, через двое-трое суток после возникновения клинических проявлений синусита.

Заключение. Сочетание одонтогенного синусита с патологией в полости носа, особенно остиомеатального комплекса, становится основной причиной утяжеления клинического течения воспалительного процесса в околоносовых синусах. Клиническая картина патологического процесса у этих больных приобретает симптоматику и течение как одонтогенного, так и риногенного синуситов.

Практически у всех пациентов с нарушениями структур полости носа чаще диагностируют полисинуситы, в части случаев – орбитальные и внутричерепные осложнения.

УДК 616.216.1-002:616.314:616.213.6

О КЛАССИФИКАЦИИ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА

Хрусталева Е. В., Нестеренко Т. Г.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», 656038, г. Барнаул, Алтайский край, Россия

THE QUESTION OF THE ODONTOGENIC SINUSITIS CLASSIFICATION

Khrustaleva E. V., Nesterenko T. G.

Altai State Medical University, Barnaul, Altai Territory, Russia

Одонтогенная форма синусита находится на границе двух специальностей – оториноларингологии и стоматологии. Специалисты, которые занимаются лечением синуситов, часто недооценивают причинно-следственную связь верхнечелюстного синусита не только с заболеваниями зубов, но и с нарушением структур полости носа, что часто приводит к диагностическим ошибкам и рецидивирующему течению заболевания. Но одонтогенный характер синусита часто диагностируют не сразу и не у всех пациентов с этой патологией. Диагноз одонтогенный синусит нередко устанавливают сразу лишь у тех больных, где анамнестически выявляют заболевания зубов верхней челюсти. Вместе с тем у части пациентов процесс в пазухе протекает скрытно, без выраженной боли и других признаков, кроме того, сами больные часто забывают о ранее леченных зубах и связывают причину развившегося синусита с охлаждением, патологией полости носа и

другими факторами. При этом оториноларингологи процесс в верхнечелюстном синусе расценивают как риногенный и одонтогенный. Характер синусита устанавливают только при диагностической пункции пораженного синуса или при оперативном вмешательстве.

Помочь специалистам в диагностике и лечении одонтогенного синусита могла бы классификация его форм, основанная на клинических и патоморфологических признаках патологического процесса.

Исходя из того что все одонтогенные гаймориты воспалительного характера являются первично хроническими, мы предлагаем следующую клиническую классификацию одонтогенных синуситов с включением предлагаемой нами формы. С нашей точки зрения, среди одонтогенных синуситов по причине можно выделить две формы: одонтогенную и одонториногенную.

По распространенности как при одонтогенном, так и при одонториногенном синуситах воспалительный процесс может не только локализоваться в верхнечелюстной пазухе, но и распространяться на другие околоносовые синусы, при этом развиваются полисинуситы: двусторонний гайморит, гаймороэтмоидит, гемисинусит, пансинусит. По форме как одонтогенный, так и одонториногенный синусит может быть перфоративным (ороантральная фистула), когда имеется сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью рта с инородным телом и без него, так и неперфоративным, с инородным телом и без него. По клиническому течению одонтогенный и одонториногенный синуситы могут быть латентными (скрытая стадия), при этом характеризоваться стертостью и малосимптомностью клинического течения, и явными (стадия обострения), проявляясь выраженной симптоматикой гнойного воспалительного процесса в околоносовых синусах и признаками одонтогенного характера заболевания. Кроме того, как при одонтогенном, так и при одонториногенном синуситах могут развиваться различные осложнения: местные, орбитальные, внутричерепные. По патогистологическим проявлениям в пораженных синусах и одонтогенный, и одонториногенный синуситы могут быть полипозными, полипозно-гнойными, холестеатомными, некротическими и кистозными.

Хронический одонтогенный синусит:

1. По причине:
одонтогенный
одонториногенный
2. По распространенности:
гайморит
полисинусит:
а) двусторонний гайморит
б) гаймороэтмоидит
в) гемисинусит
г) пансинусит
3. По форме:
перфоративный
а) инородное тело
б) без инородного тела
Неперфоративный
а) инородное тело
б) без инородного тела
4. По клиническому течению:
латентный (скрытая стадия)
явный (стадия обострения)
осложненный:
а) местные осложнения
б) орбитальные осложнения
в) внутричерепные осложнения
5. По форме поражения и патогистологическим изменениям:
полипозный
полипозно-гнойный
холестеатомный
некротический
кистозный

Заключение. С нашей точки зрения, предлагаемая классификация позволит избирательно подойти к лечению каждой формы хронического одонтогенного синусита и в зависимости от течения и формы заболевания использовать максимально эффективные методы лечения.

УДК 616.211-009.86-089.15

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВАЗОМОТОРНОМ РИНИТЕ

Царапкин Г. Ю., Артемьева-Карелова А. В., Горовая Е. В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

THE CHOICE OF SURGICAL TACTICS FOR CHRONIC VASOMOTOR RHINITIS

Tsarapkin G. Yu., Artemyeva-Karelova A. V., Gorovaya E. V.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, Moscow, Russia.

Вазомоторное и гипертрофическое поражение нижних носовых раковин – наиболее частые заболевания носа, с которыми приходится сталкиваться оториноларингологу в своей рутинной хирургической практике. Хирургическое лечение данной патологии призвано уменьшить объем раковины, вследствие чего увеличивается просвет общего носового хода и улучшается носовое дыхание. Конхотомия зарекомендовала себя как эффективная методика уменьшения объема увеличенной нижней носовой раковины с хорошо прогнозированным результатом. Результат проведенной подслизистой вазотомии проявляется отсроченно, при этом в некоторых случаях, эффективность ее крайне низкая, что ведет к повторному хирургическому вмешательству, но уже с более обширным объемом. Таким образом, выбор хирургической тактики при вазомоторном рините остается актуальным вопросом в практической оториноларингологии и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения хронического вазомоторного ринита посредством разработки оригинальной методики пластики нижних носовых раковин.

Задачи

1. Изучить анатомические особенности строения нижних носовых раковин, проявляющиеся во время проведения подслизистой вазотомии, у больных хроническим вазомоторным ринитом.

2. Разработать оригинальную методику турбинопластики с учетом интраоперационных особенностей строения нижних носовых раковин и сравнить ее эффективность с классической вазотомией у больных хроническим вазомоторным ринитом.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 166 пациентов с искривлением перегородки и хроническим вазомоторным ринитом. Всем больным мы провели септопластику с шинированием перегородки носа и подслизистую вазотомию нижних носовых раковин. При выполнении вазотомии нами было установлено, что у 110 пациентов при сопоставлении краев разреза сформированный лоскут слизистой оболочки медиальной поверхности раковины при натяжении кпереди характеризовался избытком ткани. На основании этих данных нами была разработана оригинальная методика «контурной» турбинопластики, которая включала резекцию избыточного объема слизистой оболочки нижней носовой раковины, сопоставление краев разреза с последующим наложением фиксирующих швов.

Данная методика была применена у больных клинической группы. В зависимости от характера интраоперационных находок, выявленных при проведении вазотомии, всех больных мы разделили на две группы: в 1-ю клиническую группу вошло 110 больных, у которых при вазотомии был сформирован лоскут слизистой оболочки с избытком ткани; во 2-ю клиническую группу вошло 56 больных, у которых после вазотомии избытка слизистой оболочки нижних носовых раковин не было. В зависимости от способа хирургического вмешательства на нижних носовых раковинах в 1-й клинической группе было выделено две подгруппы: в 1А подгруппе (55 больных) мы провели «контурную» турбинопластику; в 1В подгруппе (55 человек) – традиционную подслизистую вазотомию. Эффективность проведенного лечения оценивали по результатам передней активной риноманометрии на 5, 14 и 30-е сутки.

Результаты исследования. У пациентов 1А подгруппы: на 5-е сутки СОП = 426,32±16,91 см^3/с, на 14-е сутки – 587,43±15,61 см^3/с, на 30-е сутки – 632,22±23,5 см^3/с. В 1В подгруппе на 5-е сутки СОП = 313,87±27,44 см^3/с, на 14-е сутки – 412,46±0,18 см^3/с, на 30-е сутки – 507,71±17,42 см^3/с. У больных 2-й клинической группы: 5-е сутки СОП = 302,18±45,80 см^3/с, на

14-е сутки – 448,39±0,21 см^3/с, на 30-е сутки – 614,44±17,42 см^3/с.

Выводы. Вазомоторное поражение нижних носовых раковин интраоперационно может характеризоваться анатомическими особенностями, которые проявляются избытком слизистой оболочки ее медиальной поверхности, что необходимо учитывать при проведении вазотомии. Оригинальная методика турбинопластики нижних носовых раковин у больных хроническим вазомоторным ринитом позволяет восстановить носовое дыхание на ранних сроках после хирургического лечения, которое характеризуется увеличением СОП на 37,8%. Оригинальная методика «контурной» турбинопластики может быть рекомендована для хирургического лечения больным вазомоторным ринитом, проявляющимся избытком слизистой оболочки нижних носовых раковин.

УДК 616.213.6-008.4-073

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ НОСОВОГО КЛАПАНА

Царапкин Г. Ю., Товмасян А. С., Усачева Н. В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, 117152, Москва, Россия

DIAGNOSIS OF NASAL VALVE PATHOLOGY

Tsarapkin G. Yu., Tovmasyan A. S., Usacheva N. V.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after Sverzhevsky the Department of Healthcare in Moscow, Moscow, Russia.

Одним из сложных вопросов в практической оториноларингологии является диагностика и лечение патологии носового клапана (НК). Современные методы исследования носового дыхания характеризуются ограниченными возможностями в объективной оценке функционального состояния НК. Технические особенности проведения передней активной риноманометрии (ПАРМ) не позволяют зарегистрировать динамическую несостоятельность наружного НК. При этом риорезистрометрия (РРМ) неинформативна при рубцовых сужениях преддверия носа. В связи с этим функциональная оценка состояния наружного НК основывается на субъективных ощущениях пациента и данных осмотра ЛОР-специалиста.

Изучив существующие методы объективной оценки носового дыхания, мы пришли к заключению, что до настоящего времени при исследовании носового дыхания не исследовался такой параметр, как продолжительность вдоха и выдоха.

Цель исследования. Усовершенствование диагностики дисфункции НК с применением спектрального акустического анализа звуковых сигналов, возникающих при носовом дыхании.

Для достижения данной цели нами были поставлены следующие задачи:

1) применить методику акустического анализа звуковых колебаний в исследовании дыхательной функции носа и определить наиболее значимые показатели, объективно отражающие функциональное состояние наружного НК;

2) изучить акустические показатели носового дыхания при помощи компьютерной речевой лаборатории KayPentax у пациентов с нарушением носового дыхания, не связанным с патологией наружного НК;

3) провести комплексное обследование пациентов с нарушением носового дыхания и определить наиболее значимые акустические признаки, характеризующие недостаточность наружного НК.

Пациенты и методы исследования. На базе НИКИО им. Л. И. Свержевского нами обследовано 102 пациента в возрасте от 18 до 47 лет (женщин – 53, мужчин – 49). Основными критериями включения в исследование были: отсутствие грубой деформации перегородки носа, влияющей на носовое дыхание; отсутствие патологии носоглотки и околоносовых пазух. Критериями исключения служили: посттравматическая деформация наружного носа, гипертрофическое поражение носовых раковинах, новообразования и полипоз полости носа. В зависимости от выявленной патологии все больные были разделены на две группы: 1-ю – контрольную и 2-ю – основную. В 1-ю группу (35 человек) вошли пациенты без нарушения носового дыхания, 2-ю группу (67 человек) составили больные с затруднением но-

сового дыхания. В зависимости от нозологии во 2-й группе больных нами было выделено три подгруппы: 2А подгруппа (35 человек) – пациенты с вазомоторным ринитом; 2В подгруппа (17 человек) – больные динамическим коллапсом наружного НК; 2С подгруппа (15 человек) – пациенты с рубцовой деформацией преддверия носа (статический коллапс наружного НК).

После ПАРМ и РРМ всем больным мы проводили акустический анализ носового дыхания (ААНД) с использованием компьютерной речевой лаборатории KayPentax, при котором исследовали продолжительность фазы вдоха и выдоха. Нами была разработана методика исследования звуковой волны, которая возникала при носовом дыхании. Оценку носового дыхания мы проводили по продолжительности (*t*) фаз вдоха в секундах (с).

Результаты исследования. У пациентов 1-й контрольной группы при спокойном дыхании продолжительность вдоха равна 2,05±0,02 с; при пробе Cottle продолжительность фазы вдоха увеличивается на 6,9%, а при форсированном – уменьшается на 42,9%, составляя 2,19±0,35 и 1,17±0,02 с соответственно ($p < 0,05$). У больных 2А подгруппы продолжительность вдоха равна 1,97±0,05 с, что на 3,9% меньше, чем у больных 1-й группы; при пробе Cottle продолжительность фазы вдоха увеличивается на 6,6%, а при форсированном – уменьшается на 42,6%, составляя 2,10±0,03 и 1,13±0,05 с соответственно ($p < 0,05$). При обследовании больных 2В подгруппы продолжительность вдоха через поврежденную половину носа при спокойном дыхании равно 1,73±0,01 с, что на 15,6% меньше, чем у больных 1-й контрольной группы; при пробе Cottle продолжительность фазы вдоха увеличивается на 17,9%, а при форсированном – уменьшается на 79,8%, составляя 2,04±0,01 и 0,35±0,01 с соответственно ($p < 0,05$). У больных II-С подгруппы продолжительность вдоха через поврежденную половину носа равна 1,37±0,04 с, что на 33,2% меньше, чем у больных I группы; при пробе Cottle продолжительность фазы вдоха увеличивается на 1,5% ($p > 0,05$), а при форсированном – уменьшается на 70,1%, составляя 1,39±0,01 и 0,41±0,01 с соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. В диагностике патологии НК объективными показателями акустического анализа продолжительности носового дыхания являются функциональные пробы Cottle и форсированное дыхание, при этом полученные результаты необходимо сравнивать с продолжительностью фазы вдоха при спокойном дыхании через нос.

У больных с затрудненным носовым дыханием, которое не связано с патологией НК, увеличение времени вдоха при пробе Cottle и укорочение данного показателя при форсированном дыхании через нос сопоставимы с нормальными показателями и составляют 6,8 и 42,8% соответственно ($p < 0,05$).

У больных с несостоятельностью НК, приводящей к его коллапсу на вдохе, при пробе Cottle продолжительность вдоха увеличивается на 17,9%, а при форсированном дыхании – уменьшается на 79,8% ($p < 0,05$).

У пациентов с рубцовой деформацией преддверия носа при пробе Cottle продолжительность вдоха не изменяется, а при форсированном дыхании – уменьшается на 70,1% ($p < 0,05$).

УДК 616.211-008.4:616.441

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВ И НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

Черных Н. М.[1], Носуля Е. В.[2], Ким И. А.[2]

[1] Клиники ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, Иркутск, Россия

[2] ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, Москва, Россия

RELATIONSHIP ENDOCRINE DISORDERS AND NASAL BREATHING

Chernykh N. M.[1], Nosulya E. V.[2], Kim I. A.[2]

[1] Clinics of Irkutsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Irkutsk, Russia

[2] Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Проблема йоддефицитных заболеваний высоко актуальна для населения России, на большей части территории которой отмечено низкое содержание йода в биосфере и имеют большое распространение очаги эндемического зоба, в частности в Иркутской области. К проявлениям дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) на фоне дефицита йода относятся изменения слизистой оболочки (СО) полости носа, которые расценивались как гормональный ринит.

Цель исследования. Изучение распространенности проявлений хронического ринита у пациентов с патологией ЩЖ.

Пациенты и методы исследования. В открытом сравнительном исследовании принимали участие 176 пациентов с дисфункцией ЩЖ. Возраст обследованных находился в интервале от 21 до 80 лет (средний возраст составил 53,3±1,2 года). По состоянию тиреоидного статуса с одинаковой частотой встречались обследованные с гипотиреозом (50%) и эутиреозом (50%).

Группу сравнения составили ринологически здоровые женщины ($n = 30$), которые по возрасту были сопоставимы с обследованными с тиреоидной патологией.

Определение выраженности нарушения дыхательной функции носа пациенты осуществляли самостоятельно по визуально-аналоговой шкале. Исследование носового дыхания оценивали методом передней активной риноманометрии (ПАРМ) с помощью риноманометра РС 300.

Результаты и обсуждение. Среди заболеваний щитовидной железы у обследованных встречались аутоиммунный тиреоидит (АИТ) (31,7±6,0%), узловой зоб (41,6±1,9%), послеоперационный гипотиреоз (18,3±5,0%) и достаточно редко – диффузное увеличение щитовидной железы (6,7±3,2%) и врожденный гипотиреоз (1,61,7±1,6%) ($p < 0,001$).

У большинства обследованных регистрировались жалобы на нарушение носового дыхания 68,3±6,0%, обоняния – 23,3±5,4%, наличие выделений из носа 36,6±6,2%. При этом субъективные ощущения нарушения носового дыхания встречались примерно с одинаковой частотой среди пациентов с АИТ (41,5±7,7%) и узловым зобом (53,7±7,8%) ($p > 0,05$), послеоперационным гипотиреозом (24,3±6,7%) ($p < 0,05$). Субъективные ощущения нарушения дыхательной функции носа чаще регистрировались у пациентов с гипотиреозом (80,0±7,3%).

У обследованных с патологией щитовидной железы выявлена достоверная зависимость ухудшения носового дыхания от времени суток – по ночам (30,0±5,9%). При передней риноскопии отечность носовых раковин была обнаружена у 76,9±5,8% обследованных с жалобами на затруднение носового дыхания. По данным ПАРМ нарушение дыхательной функции носа было зарегистрировано у 86,7% обследованных с патологией ЩЖ. Средние показатели СОП у пациентов с тиреоидной дисфункцией составили 420,9±22,2 $см^3/с$, а СС – 0,43±0,01 Па/ $см^3/с$, у ринологически здоровых лиц данные значения отличались (0,19±0,01 Па/ $см^3/с$ и 813±36 $см^3/с$ соответственно; $p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, у лиц с патологией щитовидной железы (ЩЖ) регистрируется высокая встречаемость клинических проявлений хронического (вазомоторного) ринита, что свидетельствует об актуальности вопросов, связанных с изучением распространенности, диагностики и лечения патологии слизистой оболочки полости носа, ассоциированной с дисфункцией ЩЖ.

УДК 616.211-089.843:546.172.6-31

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗОГЕННОГО ОКСИДА АЗОТА ПРИ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Чернышева М. М., Егоров В. И., Голубовский Г. А.

ГУБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

USE OF NO-THERAPY IN CORRECTION NOSE DEFORMATION

Chernysheva M. M., Egorov V. I., Golubovskii G. A.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Ринохирургия – один из сложных разделов оториноларингологии. Характер прохождения воздуха в полости носа во многом зависит от его строения и значительно изменяется при деформации носовых ходов. Единственный способ лечения деформаций носа – хирургический. Для устранения данной патологии проводят технически сложные оперативные вмешательства, успех этих операций во многом зависит от ведения послеоперационного периода.

А. Б. Шехтер с соавторами открыли новый способ лечения ран и воспалительных процессов экзогенным оксидом азота (NO), который был получен из атмосферного воздуха с помощью отечественного воздушно-плазменного аппарата. Этот способ, получивший название NO-терапия, основан на роли эндогенного NO как универсального регулятора разнообразных биологических процессов. Значение NO при воспалении хорошо известно и связано с антимикробным эффектом, стимуляцией макрофагов, индукцией цитокинов, Т-лимфоцитов и ряда иммуноглобулинов, взаимодействием с кислородными радикалами, воздействием на микроциркуляцию.

Впервые нами была применена NO-терапия не только в послеоперационном периоде, но и интроперационно.

Цель исследования. Улучшение функциональных и эстетических результатов риносептопластики с помощью NO-терапии. Разработать оптимальный алгоритм применения экзогенной NO-терапии, способствующий ускорению заживления и восстановления эстетики и функции носа и околоносовых пазух, сокращению длительности койко-дня.

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением находились 38 пациентов, поступивших на стационарное лечение в оториноларингологическое отделение МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского в возрасте от 18 до 60 лет, перенесших ринохирургические вмешательства (риносептопластику), за период 2015–2016 гг. В схему послеоперационного ведения, а части и интераперационно, был использован экзогенный оксид азота, реализуемый аппаратом «Плазон».

Пациенты разделены на две группы: основную (подгруппы 1а, 1б) и контрольную.

В подгруппе 1а (14 человек) в стандартную схему послеоперационного введения пациентов была включена NO-терапия, которая проводилась на 2,3, 4 и 5-е сутки после операции.

В подгруппе 1б (14 человек) во время хирургического вмешательства перед наложением швов производили обработку хирургической раны потоком NO с расстояния 20 см в течение 60 с. В ближайшем послеоперационном периоде пациенты получали повторные сеансы обработки области операции оксидом азота (2,3, 4 и 5-е сутки) такой же продолжительности.

Контрольная группа состояла из пациентов, подобранных по клиническим характеристикам симметрично основной. Из курса лечебных мероприятий этих пациентов NO-терапию исключили. Методами контроля за течением послеоперационного периода у пациентов наших групп наблюдения являлись клинические и цитоморфологические, иммунологический, риноманометрия, ольфактометрия, исследование мукоцилиарного клиренса.

Специфический эффект от воздействия NO наблюдали уже во время хирургического вмешательства и в ближайшем послеоперационном периоде. Под воздействием NO отмечалось явное снижение кровоточивости тканей, что практически полностью снимало проблему гемостаза.

В послеоперационном периоде в основной группе отмечались более быстрое уменьшение отека окружающих мягких тканей и снижение интенсивности болевого синдрома. Также у этих пациентов уже в первые дни после удаления тампонов мы не отмечали отека и гиперемии слизистой оболочки, что способствовало скорейшему восстановлению носового дыхания.

Вывод. NO-терапия, реализуемая аппаратом «Плазон» при ринохирургических вмешательствах, проста в применении и не требует дорогостоящего оборудования, эффективна, безопасна, позволяет добиться хороших эстетических результатов, уменьшает отек и гиперемию мягких тканей, снижает болезненность, а также дает возможность сократить сроки восстановления функционального состояния полости носа и, как следствие, улучшить качество жизни пациентов в кратчайшие сроки.

Патология гортани, трахеи. Фониатрия, фонопедия

УДК 616.22-002.2:616.24-002.2-007.271

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛАРИНГИТОМ В ПЕРИОД СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Гилифанов Е. А.[1], Невзорова В. А.[1], Артюшкин С. А.[2], Тилик Т. В.[1], Прохоренко Т. В.[3], Бернатов Ю. М.[1]

[1] ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», 690002, г. Владивосток, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», 191015, Санкт-Петербург, Россия

[3] Краевая детская клиническая больница № 1, 690078, г. Владивосток, Россия

ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC LARYNGITIS IN A PERIOD OF STABLE COPD

Gilifanov E. A.[1], Nevzorova V. A.[1], Artyushkin S. A.[2], Tilik T. V.[1], Prokhorenko T. V.[3], Bernatov Yu. M.[1]

[1] Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[3] Regional Children's Clinical Hospital N 1, Vladivostok, Russia

Диагностика, лечение и профилактика острой и хронической патологии ЛОР-органов остается одной из актуальных проблем клинической медицины. Хроническая оториноларингологическая патология характеризуется многообразием форм развития осложнений, в частности со стороны бронхо-легочной системы, а именно хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Последняя относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, ХОБЛ является одной из важнейших причин заболеваемости и смертности во всем мире, приводящей к значительному социальному и экономическому ущербу для общества. В структуре заболеваемости на ХОБЛ приходится наибольшее количество дней нарушения трудоспособности, инвалидности и смертности. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на тяжесть течения ХОБЛ.

Наиболее значимые воспалительные трансформации при ХОБЛ происходят в гортани, что обуславливает необходимость комплексного подхода в диагностике, лечении и реабилитации голосового аппарата у данной категории пациентов. Наиболее точную информацию о состоянии голосового аппарата несет звук голоса пациента. В то же время, точная количественная оценка голосовой функции может быть проведена методом акустического анализа с использованием специальной аппаратуры. Для этого мы использовали компьютерную программу SpectaPLUS (FFT Spectral Analysis System, официальный сайт программы http://www.spectraplus.com/PricingInfo.htm. и программу Nero WaveEditor, официальный сайт программы http://dontreg.ru/nero-wave-editor.htm. Установка и использование данного программного комплекса возможна на персональном компьютере.

Цель исследования. Оценить показатели акустического анализа голоса, как объективного критерия улучшения фонаторной функции.

Пациенты и методы исследования. Пациенты, включенные в исследование страдали ХОБЛ 2–3-й степени, риск обострений С, в период стабильного течения, имели патологию гортани и были разделены на основную (n = 35), контрольную (n = 37) группы. Первая получала комплекс-

ное лечение хронического ларингита, включавшее голосовой покой, фонопедические занятия, рациональную психотерапию, коррекцию дыхания, закрепление навыков восстановления голоса, системную и местную антибактериальную, местную терапию. Исследовались следующие акустические характеристики голоса – частота основного тона (ЧОТ), время максимальной фонации (ВМФ) и наличие участков голосового шума (УГШ). Исследование проводилось до начала лечения, и по окончании курса терапии через 1,5 месяца. Контрольная группа лечения не получала.

Курс консервативной терапии хронических форм ларингита в основной группе закономерно улучшил состояние пациентов. Уменьшились гиперемия, количество слизистого отделяемого, кровоизлияния, улучшилась фонаторная функция и стробоскопическая картина.

Результаты исследования. Акустические параметры голоса имели определенные изменения на фоне консервативной терапии. Так частота основного тона не имела статистической разницы в основной и контрольной группах, как до, так и после лечения ($p \geq 0{,}01$). Напротив, МВФ не имея достоверных различий между основной и контрольной группами до лечения, достоверно увеличивалось, как при катаральной, так и при гиперпластической форме хронического воспаления гортани. Участки голосового шума также значительно уменьшались после лечения у пациентов основной группы, и не изменялись у лиц контрольной группы. Наиболее показательные изменения были у гласных «е» и «и».

Заключение. Наше исследование показало, что акустические параметры голоса являются объективным критерием оценки улучшения голосовой функции.

Возможность визуализации, записи на электронные носители, с последующим сохранением и сравнением в динамике расширяет потенциал применения этого метода, в том числе для экспертов страховых компаний.

УДК 616.22-006.52-053.8-059

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ИНТЕРФЕРАЛЬ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ ВЗРОСЛЫХ

Егоров В. И.[1], Симбирцев А. С.[2], Мустафаев Д. М.[1], Кочнева А. О.[1]

[1] ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, 129110, Москва, Россия

[2] ФГУП «Государственный научно-исследовательский институт особо чистых биопрепаратов» ФМБА России, 197110, Санкт Петербург, Россия

STUDY OF THE EFFICACY OF THERAPY INTERFERAL IN THE COMBINED TREATMENT OF LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS OF ADULTS

Egorov V. I.[1], Simbircev A. S.[2], Mustafaev D. M.[1], Kochneva A. O.[1]

[1] Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

[2] State Research Institute of Highly Pure Biopreparations FMBA of Russia, Saint Petersburg, Russia

По данным исследований установлено, что активации вируса папилломы человека (ВПЧ) способствуют нарушению местного, общего иммунного, интерферонового и гормонально-метаболического статуса. В связи с этим для лечения используют комбинированный (хирургический и терапевтический) метод, включающий различные методики противорецидивной терапии: интерферонотерапию, проспидинотерапию, назначение индола и индукторов интерферона. Предложенные методы адъювантной терапии эффективны не во всех случаях и имеют побочные эффекты. Более того, до настоящего времени не найдено радикального патогенетического метода лечения папилломатоза гортани (ПГ). Этот факт вызывает необходимость поиска других подходов терапии ПГ, основанных на его этиологической и патогенетической сущности. Учитывая эти данные, интерферонотерапия в качестве метода противорецидивного лечения ПГ не теряет своей

актуальности. Добиться максимальной концентрации интерферона в очаге поражения можно ингаляционным введением препарата. Кроме того, ингаляционный способ введения позволяет снизить терапевтическую дозу, осуществить целевую доставку биологически активного вещества, уменьшить токсичность и побочные действия. В этой связи применение препарата на основе интерферона альфа является актуальным и потенциально важным в терапии ПГ.

Цель исследования. Изучение терапевтической эффективности интерферона альфа-2b (Интерфераль) при местном применении в качестве противовирусного средства у больных с ПГ, и оценка влияния данного способа лечения на состояние иммунного статуса пациентов.

Пациенты и методы исследования. В ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 2014 г. проходит научное исследование эффективности комбинированного метода лечения ПГ взрослых с местным применением интерферона альфа-2b. Проводится набор пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с ПГ. В 1-й группе – 25 пациентов, которые получают терапию рекомбинантным интерфероном альфа-2b в комплексе с эндоларингеальной микрохирургией с применением холодной плазмы. Интраоперационно, после удаления папиллом с помощью аппарата CoblatorII, в пораженную зону выполняется подслизистое введение лекарственного препарата. Затем, в течение 7 дней проводятся ингаляции лекарственным препаратом с помощью небулайзера. Во 2-й группе 25 больным проводится также хирургическое лечение, в качестве противорецидивного лечения – препарат аллокин-альфа по схеме. Контрольная группа – пациентов оперируют так же методом эндоларингеальной микрохирургии, но без назначения медикаментозной терапии. Период наблюдения за больными – время пребывания больных в стационаре (примерно 1 неделя), и в последующем – амбулаторно в течение 2 лет.

Пациентам всех групп выполняется оториноларингологическое исследование с видеофиброларингоскопией до выполнения хирургического лечения, через 3 месяца, 6 месяцев и 1 год после проведенного оперативного вмешательства.

В качестве дополнительного критерия эффективности проводимого лечения – оценка динамики показателей иммунного и интерферонового статусов до и после лечения: уровень сывороточного интерферона, интерферона-альфа и интерферона-гамма, Т- и В-клеточный иммунитет, определение количества иммуноглобулинов, интерлейкинов, анализ фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, гуморальный иммунитет: циркулирующие иммунные комплексы в сыворотке крови пациентов.

Оценка полученных результатов производится по изменению количества и тяжести рецидивов, динамике показателей иммунного статуса пациентов на фоне лечения.

По предварительным результатам можно сделать следующие выводы.

Местное применение рекомбинантного интерферона альфа-2b приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани (ПГ) и уменьшению частоты последующих рецидивов.

При исследовании иммунологического статуса пациентов с ПГ на фоне лечения отмечена тенденция к нормализации его показателей.

Данный способ введения хорошо переносится, не вызывает развития гриппоподобного синдрома, аллергических реакций, не оказывает гепатонефротоксического действия и токсического действия на кроветворные органы.

УДК 616.22/.23-003.92-007.271-008.87

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Инкина А. В., Русанова Е. В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

DESCRIPTION MICROFLORA OF MUCOSE MEMBRANE OF AIRWAYS AT PATIENTS WITH CICATRIX LARYNGOTRACHEAL STENOSES

Inkina A. V., Rusanova E. V.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Обсемененность слизистой оболочки носа в норме характеризуется наличием коагулазонегативных стафилококков *(S. epidermidis, S. saprohyticus, S. Viridians*, непатогенными каринобактериями в концентрации 10^3 КОЕ/мл каждого. Нормоценоз глотки определяют: коагулазонегативные стафилококки, *S viridans*, непатогенные нейсерии и непатогенные коринобактерии в концентрации 10^5 КОЕ/мл. Слизистая оболочка гортани, трахеи, бронхов и альвеол у здорового человека не содержат микроорганизмов. В доступной литературе мы нашли единичные работы, посвященные обсемененности гортани.

Цель исследования. Изучение микрофлоры слизистых оболочек носа, зева и трахеи у пациентов с рубцовыми стенозами гортани и трахеи.

Пациенты и методы исследования. Было обследовано 42 пациента с хроническими стенозами гортани и трахеи, находившихся на лечении в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. Возраст больных от 16 до 70 лет (средний возраст 40 лет). Из них 21 мужчина (50%) и 21 женщина (50%). Во всех случаях причинами стеноза были длительная интубация и ношение трахеостомической трубки. Все пациенты имели трахеостому и являлись хроническими трахеальными канюленосителями. При поступлении всем пациентам брали мазки со слизистых оболочек носа, зева и трахеи (через трахеостому). Исследование материала на микрофлору осуществляли в лаборатории клинической микробиологии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. Взятие проб осуществляли стерильными тупферами. Посев проводили на плотные питательные среды: кровяной агар с 5% кровью барана, Сабуро, ЖСА, Эндо, шоколадный агар. Идентификацию выделенных микроорганизмов проводили согласно классификации Берджи, используя анализатор Micro-TAX.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование обсемененности показало, что рост микроорганизмов наблюдался в 95–99% случаев, был преимущественно в монокультуре и составлял 81% для слизистой оболочки носа, 63% слизистой оболочки зева и 70% – для слизистой оболочки трахеи. Среди ассоциаций, составивших 14, 28, 25% соответственно, преобладали 2-компонентные. Изучение частоты встречаемости микроорганизмов на слизистой оболочке носа выявило в 27,5% присутствие микроорганизмов, определяющих дисбиоз, представленный в 17% случаев *S. aureus* в концентрации в 50% 10^4–10^5 КОЕ/мл. На долю других микроорганизмов приходится 17,5%, из которых в 4,5% составляла синегнойная палочка в концентрации 10^3 КОЕ/мл. Среди представителей нормофлоры ведущим являлся гемолитический стафилококк, составляющий 64% в концентрации 10^4–10^6 КОЕ/мл. Нормофлора слизистой оболочки зева составляла 29,2%, что на 43% меньше, чем на слизистой оболочке носа. Частота встречаемости представителей нормофлоры составляла 8,8–5,2% в концентрации 10^3–10^7 КОЕ/мл. Следует отметить, что на слизистой оболочке зева в 7,3% встречались лактобактерии, отсутствующие на других изучаемых слизистых оболочках. Среди микроорганизмов, определяющих дисбиоз, ведущими являются *S*. группы D, на долю которых приходится 33,5%, далее по убыванию следуют энтерококки (14,2%), представленные в 8,8% *E. faecium* и в 5,2% *E. faecalis*. Золотистый стафилококк на 13,4% встречался реже, чем на слизистой оболочке носа. Грибы рода кандида были выделены в 7,2%, из которых *C. albicans* составили 5,4% и *C. glabrata* 1,8%. Анализ обсемененности трахеи показал, что 45% составили стафилококки, 17% – стрептококки, 8% – энтерококки, 22% – грамотрицательные палочки и 8% – грибы. Стафилококки были представлены: *S. aureus* в концентрации 10^3–10^{10} КОЕ/мл, из которых половина была в концентрации 10^5 КОЕ/мл. и *S. haemolyticus* в 23,5% с концентрацией 10^3–10^8 КОЕ/мл. *Enterococcus spp.* и S. группы D и составляли 14%, всего грамположительные микроорганизмы составили 70%.

Грамотрицательные палочки были представлены в 4% *P. mirabilis*, по 2% *E. coli*, *Enterobacter spp.* и *Serracia spp.*, а также *P. aeruginosa* в 10% с концентрациях 10^3–10^6 КОЕ/мл. Грибы рода кандида составили 8%. Обсеменение слизистой оболочки трахеи вероятно происходит вследствие дыхания через трахеостому, минуя фильтр верхних дыхательных путей, длительного пребывания в трахее инородного тела (трахеостомической трубки), а также из полости носа и зева. Выявленные очаги инфекции необходимо санировать, проводя прицельную антибактериальную терапию согласно полученным результатам чувствительности флоры к антибиотикам.

УДК 616.22/.23-003.92-007.271-089.168.1-06

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Кирасирова Е. А., Резаков Р. А., Лафуткина Н. В., Мамедов Р. Ф., Пиминди О. К.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы, 117152, Москва, Россия

FEATURES OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH STENOSIS OF THE LARYNX AND TRACHEA AFTER RECONSTRUCTIVE OPERATIONS

Kirasirova E. A., Rezakov R. A., Lafutkina N. V., Mamedov R. F., Piminidi O. K.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

По данным литературы более 60% осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших реконструктивные операции по поводу рубцового стеноза гортани и трахеи, обусловлены развитием гнойно-воспалительных процессов, а частота нагноения послеоперационных ран не имеет тенденции к снижению и достигает 10–15%.

Пациенты и методы исследования. За 2014–2017 гг. в условиях ЛОР-стационара ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова нами выполнены реконструктивные хирургические вмешательства на гортани и трахее у 126 больных хроническим стенозом гортани и трахеи. Всем пациентам были произведены различные виды ларинготрахеопластики.

Нами было проведено исследование влияния госпитальных штаммов микроорганизмов на развитие послеоперационных воспалительных осложнений и повторного развития рубцового стеноза гортани и трахеи.

Мы проводили посев со слизистой оболочки трахеи и поверхности трахеостомических трубок на микрофлору и чувствительность к антибиотикам до операции, в первые, третьи и седьмые сутки после операции, при смене на другой тип трахеостомической трубки, а также при последующем амбулаторном наблюдении после выписки каждые 7–10 дней.

Наиболее неблагоприятное течение послеоперационного периода наблюдалось у пациентов с инфекционным процессом, вызванным внутрибольничными штаммами *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* и *S. aureus*. У данной группы больных в 100% случаев наблюдались ранние послеоперационные осложнения – воспаление кожи вокруг трахеостомы, расхождение послеоперационных швов, эрозивный трахеит и поздние – избыточное формирование грануляционной и рубцовой ткани и рестенозирование просвета трахеи.

Нами был разработан алгоритм интраоперационного и послеоперационного ведения этого контингента больных, который включал применение препаратов антипролиферативного ряда для предотвращения рецидива рубцевания, схему обработки трахеостомических трубок, предотвращающую контаминацию их госпитальными штаммами микроорганизмов, схему системной антибактериальной терапии, применение терапевтического лазера.

Все пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В основной группе мы применили разработанный алгоритм. По результатам проведенного лечения при сравнении основной и контрольной групп отметилось уменьшение продолжительности лечения и госпитализации, средней кратности оперативных вмешательств, увеличение количества деканюлированных больных.

Заключение. Таким образом, разработанный алгоритм лечения больных хроническим рубцовым стенозом гортани и трахеи, позволил повысить эффективность оперативного лечения и снизить количество послеоперационных осложнений.

УДК 616.321-089.85/.86

ПУНКЦИОННО-ДИЛЯТАЦИОННАЯ И СТАНДАРТНАЯ ТРАХЕОСТОМИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Кирасирова Е. А.[1,2], Кузина Е. А.[1], Лафуткина Н. В.[2], Пиминиди О. К.[2], Мамедов Р. Ф.[2]

[1] ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, Москва, Россия

[2] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, 117152, Москва, Россия

PERCUTANEOUS AND STANDARD TRACHEOSTOMY IN THE ICU

Kirasirova E. A.[1,2], Kuzina E. A.[1], Lafutkina N. V.[2], Piminidi O. K.[2], Mamedov R. F.[2]

[1] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pirogov Russian National Research Medical University", Moscow, Russia

[2] Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

Трахеостомия является одной из самых часто выполняемых операций в отделении реанимации и интенсивной терапии у пациентов с продленной искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). В последние годы особое внимание уделяется современной методике пункционно-дилятационной трахеостомии (PDT), однако нет единого мнения о преимуществах классической и PDT. Главными преимуществами PDT являются отсутствие необходимости укладывать больного в определенное положение и короткое время выполнения операции. Количество осложнений при данной методике напрямую связано с индивидуальными конституциональными особенности пациентов. По данным литературы известно, что чаще при классической трахеостомии возникают осложнения в отдаленном периоде после операции, тогда как при выполнении PDT – интраоперационные осложнения. По данным литературы основными осложнениями в ходе проведения PDT являются повреждения задней стенки трахеи, низкое рассечение полуколец трахеи, поперечный разрыв трахеи, перелом хрящей полуколец трахеи, подкожная эмфизема и кровотечения из тканей щитовидной железы. Осложнениями классической трахеостомии по данным литературы являются эрозии и пролежни стенок трахеи, пролежни и ранения магистральных сосудов шеи, стенозы трахеи на разных уровнях, повреждения задней стенки трахеи и развитие трахеоорганных свищей.

Цель исследования. Сравнение классической и PDT по развитию осложнений.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделениях реанимации 1 ГКБ им. Н. И. Пирогова ДЗМ за 2015–2016 год находилось 82 пациента с продленной ИВЛ, из них 52 мужчины и 30 женщин, возраст больных колебался от 30–86 лет. Причинами проведения продленной ИВЛ являлись: ОНМК, ишемический инсульт, изолированная, черепно-мозговая травма, панкреонекроз, кровотечения из расширенных вен пищевода, отек головного мозга вследствие передозировки наркотическими препаратами, ИБС, пневмония.

Классическая трахеостомия произведена 50 пациентам, находящимся на ИВЛ. Длительность ИВЛ составляла от 3 до 8 суток. Операцию выполняли в положении больного в обратной позе

Тренделенбурга. Трахею рассекали на уровне 2–4 полуколец. Края трахеи подшивали к коже, тем самым формируя стойкую трахеостому. Длительность операции составляла 20 минут.

PDT выполнена 32 пациентам, находящимся на ИВЛ. Показаниями для выполнения PDT являлись сроки выполнения операции – на 3–5 сутки ИВЛ, стабильная гемодинамика, нормальные анатомические ориентиры шеи, отсутствие аномально расположенных магистральных сосудов шеи. Противопоказаниями для PDT считались онкологические заболевания гортани и трахеи, увеличение щитовидной железы, нестабильная гемодинамика, наличие местной инфекции в зоне операции, анатомические особенности пациента (короткая, толстая шея, наличие патологической пульсации на передней поверхности шеи), неотложные состояния.

Для проведения PDT использовали наборы типа Григза (наборы Portex). Длительность операции составляла 5 минут.

Результаты исследования. В результате исследования при проведении PDT осложнения в виде низкого рассечения полуколец трахеи отмечены у 7 пациентов, кровотечение из тканей щитовидной железы – у 3, повреждение задней стенки трахеи – у 2 и подкожная эмфизема – у 2 пациентов.

При проведении классической трахеостомии наблюдалось низкое рассечение полуколец трахеи в 2 случаях и повреждение задней стенки трахеи – в 1 случае.

После проведения PDT в первые 5–7 суток смена трахеостомической трубки была невозможна за счет несформированного трахеостомического канала. При классической трахеостомии данная манипуляция не вызывала трудностей за счет формирования стойкой трахеостомы.

Выводы. При выборе между классической и PDT для минимизации осложнений должны учитываться индивидуальные конституциональные особенности пациентов, возможность разгибания шейного отдела позвоночника и предполагаемая длительность ИВЛ.

При проведении классической трахеостомии при чрезмерном разгибании больного происходит смещение трахеи в краниальном направлении, что приводит к изменению анатомических ориентиров и смещению магистральных сосудов шеи, увеличивая риск развития осложнений.

Перед выполнением PDT необходимо проведение эндоскопического исследования гортани и трахеи, а также ультразвукового исследования шеи для исключения гиперплазии щитовидной железы и оценки расположения магистральных сосудов шеи.

УДК 616.22/.23-007.271-089.844

ОБ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Климов А. Н., Малыхина Е. Г., Куц Б. В., Ушаков В. С.

ГБКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Санкт-Петербург, Россия

ABOUT ONE-STAGE RECONSTRUCTION OF THE AIRWAY IN CHRONIC STENOSIS OF THE LARYNX AND TRACHEA

Klimov A. N., Malyhina E. G., Kuc B. V., Ushakov V. S.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

На сегодняшний день в комплексе мероприятий интенсивной терапии при жизнеугрожающих состояниях широко используется искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Однако длительное нахождение оро- или назотрахеальной интубационной трубки в просвете гортани и трахеи значительно увеличивает риск развития стенозов этих органов и, по данным некоторых авторов, данное осложнение может иметь место в 5–25% случаев.

Поэтому, при прогнозировании необходимости длительной ИВЛ, показано выполнение трахеостомии и перевод пациента на вентиляцию

через трахеостомическую трубку. Это обеспечивает адекватную респираторную поддержку больного в течение длительного периода времени, а также облегчает мероприятия по уходу за пациентом. Однако наличие трахеостомической канюли также является предрасполагающим фактором к формированию стриктур и грануляций как над трубкой, так и в месте давления манжеты на слизистую оболочку трахеи. Развитие таких анатомо-морфологических изменений нередко приводит к невозможности деканюляции и, как следствие, инвалидизации пациента.

Из вышесказанного следует, что проблема хронических стенозов гортани и трахеи не потеряла своей актуальности. К тому же непростая задача встает перед специалистами, занимающимися указанной патологией при выборе метода хирургического лечения данной категории больных.

Пациенты и методы исследования. В клинике отоларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова с 2006 г. по настоящее время выполнены восстановительные вмешательства 38 пациентам с хроническим рубцовым стенозом подскладкового отдела гортани и (или) шейного отдела трахеи. У 11 больных (8 мужчин и 3 женщин), нами была применена методика одномоментной реконструкции, заключавшаяся в реканализации просвета дыхательных путей, стентировании и последующем пластическом закрытии дефекта передней стенки. Операция начиналась с интубации трахеи армированной трубкой соответствующего диаметра через трахеостому. Далее осуществлялась постановка и фиксация операционного ларингоскопа. В условиях прямой опорной микроларингоскопии выполняли либо радиальное рассечение рубца, либо его циркулярное иссечение при помощи полупроводникового операционного лазера «Аткус-15» в постоянном режиме мощностью от 3,5 до 5 Вт. После формирования достаточного просвета дыхательного пути над трахеостомой выполнялась экстубация, а дальнейшая вентиляция осуществлялась при помощи аппарата для ВЧ ИВЛ и катетера, введенного через стому. Используя жесткую и гибкую эндоскопическую технику нами оценивался просвет гортани и трахеи, который корректировался до необходимого диаметра. Следующим этапом выкраивались кожно-фасциальные лоскуты в окружности трахеостомы шириной с боков по 1,0 см, снизу и сверху по 0,5 см. После их частичной мобилизации, для формирования боковых стенок и расширения просвета трахеи, лоскуты разводили в стороны и подшивали к мышцам шеи. Далее проводили стентирование просвета дыхательных путей самораспрaвляющимся покрытым (или частично покрытым) нитиноловым стентом, диаметр и длина которого подбирались индивидуально, исходя из данных предшествующего КТ-исследования.

На заключительном этапе выполняли пластическое закрытие дефекта передней стенки. Для этого выкраивали языкообразный кожный лоскут, включающий в себя m. platysma, который поворачивался ~ на 60° и подшивался по периметру к сформированным боковым стенкам, верхнему и нижнему краю трахеостомы. Эндопротез фиксировали сквозным узловым швом к коже передней поверхности шеи.

Длительность стентирования определялась индивидуально и зависела от эндоскопической картины в динамике, а также состояния эндопротеза. Минимальный срок стентирования составил 3,5 месяца, максимальный – 8 месяцев. После удаления стента проводили активное консервативное лечение, направленное на купирование воспалительных явлений и грануляционных разрастаний. Применив данную методику хирургического лечения нам удалось добиться стойкого восстановления дыхания через естественные пути у 7 пациентов. В 4 случаях, из-за появления признаков рецидива стеноза, потребовалось рестентирование просвета дыхательных путей с выбором другой тактики лечения этих больных.

Заключение. Таким образом, методика одномоментного реконструктивного вмешательства имеет право на дальнейшее использование в клинической практике, так как позволяет избежать многоэтапного и длительного лечения пациентов с хроническими стенозами гортани и шейного отдела трахеи.

УДК 616.22/.23-089.844:615.849.19

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ГОРТАНИ И ТРАХЕЕ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Комарова Ж. Е., Наседкин А. Н., Селин В. Н., Тюкин В. Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

INCREASE IN EFFICIENCY OF RECONSTRUCTIVE LARYNX AND TRACHEA USING LOW INTENSITY LASER EFFECT

Komarova Zh. E., Nasedkin A. N., Selin V. N., Tyukin V. Yu.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

В настоящее время не прекращается поиск новых методов местного воздействия на раневой процесс, с помощью которых можно добиться сокращения сроков реабилитации больных. Особенно остро этот вопрос стоит при лечении больных с хроническими стенозами гортани и трахеи, так как процесс заживления у них осложняется наличием в ране слюны и мокроты, т.е. проходит в неблагоприятных условиях первичного инфицирования, что приводит к рестенозированию и сводит на нет результаты хирургического вмешательства. Доказано, что низкоинтенсивная лазерная терапия (НИЛТ), как самостоятельный фактор и как фактор, потенциирующий действие фармацевтических препаратов, влияет на динамику раневого процесса. НИЛТ стимулирует процессы регенерации тканей, которые напрямую зависят от активности важнейших биоэнергетических ферментов (дегидрогеназ, цитохромоксидазы, каталазы, кислой и щелочной фосфатазы и др.). Активация ферментов ведет к усилению биоэнергетических и биосинтетических процессов, к стимуляции деления клеток, ускорению регенерации, повышению активности иммунной системы и, в конечном итоге, к наблюдаемому терапевтическому эффекту. В результате воздействия НИЛТ на ткани улучшается микроциркуляция, отмечается активация трофики в очагах воспаления.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и реабилитации больных на этапах проведения реконструктивных операций на гортани и трахее путем использования терапевтического лазерного излучения.

Пациенты и методы исследования. НИЛТ использовали у 52 больных с посттравматическими рубцовыми стенозами гортани и трахеи различного уровня локализации в возрасте от 18 до 69 лет (23 женщины, 29 мужчин). Пациенты были разделены на 4 группы. В 1-й группе (10 человек), НИЛТ получали на кожу в области проекции гортани и трахеи только до операции. Во 2-й (13 человек) – проводили курс НИЛТ до и после операции. В 3-й (13 человек) НИЛТ проводили только после операции. В 4-й (16 больных) НИЛТ не проводили. Применяли лазерный аппарат «Мустанг 2000» (λ = 0,63–0,65мкм, в импульсном режиме, частота 80 Гц, мощность 5–10 мВт). Курс из 8–10 сеансов по 5 минут. Для исследования локальной микроциркуляции всем больным на 10-е сутки после операции проводили лазерную доплеровскую флоуметрию.

Результаты исследования. У пациентов 2-й группы раны зажили первичным натяжением, у одного из них наблюдались явления рестенозирования. Среди пациентов 1-й и 3-й групп у 2 больных заживление ран вторичным натяжением, рестенозирование отмечено у 2 больных из этих групп. У 6 пациентов 4-й группы раны зажили вторичным натяжением, у 2 из них наблюдалось рестенозирование.

Выводы. Применение низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ) красного диапазона спектра в импульсном режиме у больных после реконструктивных операций на гортани и трахее является важным фактором активации регенеративных процессов, что способствует улучшению качества заживления операционных ран и предотвращению рестенозирования.

УДК 376.37:616.22-089.168.1

ФОНОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАРИНГЭКТОМИЮ

Конойко Н. С., Качанова С. Г.

ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии», 220004, Минск, Беларусь

PHONOPEDIC CORRECTION OF VOCAL FUNCTION AT PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE LARYNGECTOMY

Kanoika N. S., Kachanava S. G.

Republican Scientific and Practical Centre of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

В Республике Беларусь у мужчин рак гортани стойко занимает первое место среди новообразований головы и шеи (за исключением рака кожи), заболевание обычно встречается у людей трудоспособного возраста (40–60 лет). Несмотря на достижения современной медицины, большинство пациентов (70–80%) начинают лечение при наличии III–IV стадии заболевания. Радикальное хирургическое вмешательство наносит пациенту тяжелую психическую травму, приводит к социальной дезадаптации, глубокой инвалидизации. Отсутствие звучного голоса после ларингэктомии зачастую является основной причиной отказа больных от операции. Необходимо учитывать необходимость возвращения большого числа лиц трудоспособного возраста с высоким уровнем профессиональной подготовки к прежнему образу жизни и активному труду. По данным литературы, после удаления гортани к прежней работе возвращаются только 18% больных, к легкой – 21,5%, не работают – 60,5%.

В связи с этим, восстановление голосовой функции является одним из важнейших мероприятий в процессе послеоперационной адаптации.

Цель и задачи исследования. Проанализировать современные методы и оценить эффективность фонопедического метода коррекции голосовой функции у пациентов после ларингэктомии.

Пациенты и методы исследования. В настоящее время существует три основных метода восстановления голоса после ларингэктомии:

– логопедический (фонопедический) метод;

– применение технических средств («электрогортани»);

– реконструктивно-пластические хирургические методы с использованием имплантируемых голосовых протезов.

Каждый из них имеет свои достоинства и недостатки.

По мнению многих авторов, основным методом восстановления голоса и речи у пациентов после полного удаления гортани считается формирование пищеводного голоса. Данная методика физиологична, не требует материальных затрат, поэтому является наиболее распространенной. Путем специальных упражнений человек формирует так называемый пищеводный голос, приобретенные навыки сохраняются на всю жизнь. Во время занятий, особенно групповых, происходит психологическая адаптация пациента. Результаты голосовой реабилитации зависят от многих факторов: характера и объема оперативного вмешательства, общего состояния пациента, психологического статуса, возраста и т. д. Процесс обучения с помощью фонопедических методик считается более длительным, иногда продолжается несколько месяцев, требует большого терпения и настойчивости, как от пациента, так и от фонопеда. Замечено, что длительность обучения зависит от специфики профессии пациента и уровня его речевого развития. Данный метод имеет свои противопоказания.

Наличие перспективы возвращения на работу, в привычную социально-профессиональную среду играет ведущую роль в полноценной реабилитации.

Обязательным условием положительного результата является соблюдение основных принципов реабилитации: раннее начало, непрерывность, преемственность, этапность, комплексный характер, переход от простого к сложному.

Более 35 лет сотрудники фониатрического отделения РНПЦ оториноларингологии занимаются реабилитацией пациентов после ларингэктомии. В своей работе они используют методики, предложенные С. Л. Таптаповой (1985) и Г. П. Шимкусом (1978), а также собственный опыт.

За период с 2012 по 2016 гг. курс обучения псевдоголосу прошли 32 пациента после ларингэктомии. Возраст пациентов составил: 40–50 лет – 10 чел. (31,3%), старше 50 лет – 22 чел. (68,8%), преобладали лица мужского пола – 30 чел. (93,8%).

Результаты исследования. С хорошим псевдоголосом, понятной речью по телефону и в общении в быту выпущено 12 чел. (37,5%), с улучшенной речью – 7 чел. (21,9%), без изменений – 5 чел. (15,6%), перестали посещать по разным причинам – 8 чел. (25%). Длительность обучения составила в среднем от двух недель (7 чел., 21,9%) до полугода.

Выводы. Голосовая реабилитации пациентов, перенесших ларингэктомию, остается актуальной проблемой современной онкологии.

Фонопедическая коррекция голосовой функции после ларингэктомии является физиологичным, достаточно эффективным и безопасным методом голосовой реабилитации, обеспечивает хорошие функциональные характеристики голоса.

УДК 616.225.4/6-005.1-02-035

КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ГОЛОСОВУЮ СКЛАДКУ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Кунельская Н. Л., Романенко С. Г., Павлихин О. Г.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, 117152, Москва, Россия

VOCAL FOLDS HEMORRHAGE. ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND TREATMENT STRATEGY

Kunelskaya N. L., Romanenko S. G., Pavlikhin O. G.

Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky the Department of Health in Moscow, Moscow, Russia

С 2008 по 2015 гг. в отделении микрохирургии гортани и фониатрии НИКИО обследовано и пролечено 196 пациентов (92 мужчины и 104 женщины) с кровоизлияниями в голосовые складки, из них профессионалы голоса – 112 пациентов (педагоги, менеджеры, актеры, вокалисты). Возраст от 19 до 58 лет.

Этиологическими факторами явились: наружная травма шеи (удар в область шеи, попытка удушения), ятрогенные повреждения (грубые манипуляции при интубации трахеи, выполнении фиброларингобронхоскопии, бужировании просвета гортани), резкое повышение подскладкового давления на фоне приступа кашля, крика, при использовании «жесткой атаки» звука при пении. Предрасполагающими факторами к кровоизлияниям в голосовую складку явились: субатрофия (атрофия) слизистой оболочки голосовых складок, повышенная проницаемость сосудистого русла, наличие варикозно расширенных вен голосовых складок.

В группе риска находятся пациенты с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, подростки во время мутации, женщины во время менструаций, пациенты с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, гипотиреозом, хроническими заболеваниями легких (особенно пациенты с бронхиальной аст-

Этиологический фактор	Мужчины				Женщины			
	20–29	30–39	40–49	50–59	19–29	30–39	40–49	50–59
Наружная травма гортани	2	6	3	1	1	3	3	1
Эндоскопические манипуляции	3	1	2	4	2	3	4	2
Интубация трахеи	1	4	1	1	–	2	1	–
Кашель	5	9	10	8	8	14	13	7
Злоупотребление «твердой атакой» при звуковедении	7	9	8	8	10	10	14	3
Всего	92	104						

мой, использующие топические кортикостероиды), пациенты с хроническими гепатитами В и С, лица, длительно принимающие антикоагулянты, НПВС и оральные контрацептивы.

Симптомы кровоизлияния: внезапно возникшая и нарастающая охриплость (иногда до афонии), боли в горле при голосовой нагрузке, ощущение инородного тела в горле, кашель.

Необходимыми методами обследования являются: микроларингоскопия, эндовидеоларингостробоскопия, компьютерный акустический анализ голоса. При наружной травме шеи обязательно выполнение компьютерной мультиспиральной томографии гортани для исключения повреждения хрящей гортани.

Исходом кровоизлияния в голосовую складку могут быть формирование полипа или кисты голосовой складки, варикозно расширенных сосудов.

Тактика лечения включает в себя голосовой режим, ограничение физических нагрузок, щадящую диету, устранение кашлевого синдрома, медикаментозную терапию, фонопедию.

В остром периоде (1–2 сутки) показаны: полный голосовой покой, холод на область гортани (в течение первых 4 часов), диета с исключением горячей и раздражающей пищи, гемостатическая терапия (этамзилат, препараты кальция парентерально), антиопротекторы и венотоники (троксерутин, диосмин). Местное лечение включает в себя ингаляции с кортикостроидами (гидрокортизон, дексаметазон). При выраженном отеке голосовой складки или двустороннем процессе кортикостероиды назначаются парентерально (дексаметазон в дозе 4–12 мг/сутки).

В подостром периоде (с 3-х суток) показаны: ограничение голосовой нагрузки, щадящая диета, гемостатическая терапия (по показаниям), антиопротекторы, комбинированные ферментные препараты энтерально, комплексные гомеопатические препараты на основе арники. С целью ускорения рассасывания гематом показано эндоларингельное вливание протеолитических ферментов (гиалуронидаза, химотрипсин) в сочетании с ингаляциями или вливаниями кортикостероидов (гидрокортизон, дексаметазон) и физиотерапевтическое лечение (электрофорез с хлоридом кальция, магнитолазерная терапия, фонофорез с гепариновой мазью на область гортани).

Длительность медикаментозной терапии и физиотерапевтического лечения определяется индивидуально и зависит от динамики видеоларингостробоскопической картины и показателей акустического анализа голоса.

В целях реабилитации голосовой функции и профилактики перенапряжения голосового аппарата в дальнейшем проводятся фонопедические занятия. Постановка фонационного дыхания начинается с 3-х суток, отработка физиологического звуковедения – с 7–8-х суток). У профессионалов голоса с поставленным голосом (вокалисты, драматические актеры) фонопедию целесообразно проводить с вокальным педагогом или педагогом по сценической речи.

Сроки восстановления трудоспособности определяются индивидуально в зависимости от требований, предъявляемых пациентом к качеству голоса, эндовидеоларингостробоскопической картины и показателей акустического анализа голоса. Социально достаточный голос восстанавливается, как правило, к 6-8-м суткам. Полное восстановление голосовой функции, нормализация эндоларингостробоскопической картины и показателей акустического анализа голоса происходит к 14–18-му дню (в зависимости от тяжести исходного состояния).

УДК 616.28-072:616.283.1

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ДИСФОНИЯМИ

Лазарева Л. А., Байкина Е. В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 350063, г. Краснодар, Россия

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», 350012, г. Краснодар, Россия

PREDICTING THE RISK OF DEVELOPING SENSORINEURAL DISORDERS IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND ORGANIC DYSPHONIA

Lazareva L. A., Baikina E. V.

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Regional Clinical Hospital N 2, Krasnodar, Russia

Звуковосприятие и звукообразование в организме человека принято рассматривать в полной взаимосвязи и взаимодействии общей сигнальной системы (Сагалович Б.М., 1989). Близкая расположенность центральных анализаторов слухового и звукообразующего звена в продолговатом мозге и коре дает основание предполагать их тесное функционирование, как в физиологических процессах, так и при патологии (Покровский В. М., 1998). При помощи слуха человек контролирует свой голос с точки зрения его силы, высоты, тембровой окраски, а должный слуховой контроль обеспечивает полноценное развитие голосовой функции.

Пациенты и методы исследования. Данные факты послужили основанием для детального исследования слуха у больных с функциональными и органическими дисфониями. В исследовании приняли участие 126 больных, среди которых 34 (26,9%) больных были с доброкачественными новообразованиями, 42 (33,3%) с периферическими парезами гортани, и 50 (39,8%) с функциональными дисфониями. Все больные с нарушением голоса находились на амбулаторном наблюдении у оториноларинголога и изначально не предъявляли жалоб на нарушение слуха. В качестве контрольной группы были эмпирически взяты 70 оториноларингологически здоровых пациентов. Возраст пациентов, включенных в исследование и лиц контрольной группы, находился в пределах от 20 до 48 лет (36,8±1,2).

Объем функционального исследования слуха включал акуметрию, тональную аудиометрию в расширенном диапазоне частот от 125 до 16 тГц, надпороговые тесты с определением ФУНГа, тимпанометрию и ОАЭ. Результаты оценивали в сравнении с контрольной группой.

В результате анализа полученных данных было выявлено, что среди больных с органическими нарушениями голосовой функции, не предъявлявших жалоб на снижение слуха изначально, в 26,5% случаев имели место начальные нарушения звуковосприятия в диапазоне высоких частот от 6 до 16 кГц (12 больных с доброкачественными новообразованиями, 9 больных с парезами гортани). В группе больных с функциональными нарушениями голоса аналогичные изменения были зафиксированы у 18 (36%) больных. Проведенные тесты SiSi и o. Lushera в 56% случаев подтвердили наличие ФУНГа.

У 6 больных с новообразованиями гортани и 7 больных с парезами после струмэктомии нарушения слуховой функции были таковыми, что позволило у них говорить о наличии сенсоневральной тугоухости I степени. Среди больных с функциональными нарушениями аналогичные изменения боли зафиксированы у 2 больных. Общий показатель наличия сенсоневральной тугоухости I степени соответствовал 12% в исследованной группе больных с нарушениями голосообразования.

Лица контрольной группы были тестированы аналогичным образом и среди них у 6 были обнаружены нарушения восприятия в зоне высоких частот от 8 до 16 кГц, что составило 8,6%.

Всем больным и пациентам контрольной группы, где были выявлены нарушения звуковосприятия, нами были рекомендованы соответствующие профилактические меры и регулярное обследование у сурдолога.

Заключение. Таким образом, больные с функциональными и органическими нарушениями голосовой функции следует относить к группе риска по формированию сенсоневральных отклонений.

Учитывая физиологическую взаимосвязь голосообразующего аппарата и слухового анализатора, выявление начальных изменений звуковосприятия у этой категории больных позволит проводить результативные профилактические меры и снизить вероятность их дальнейшей инвалидизации.

УДК 616.229.2-089.11:616.231-089.85

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПОДПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ В АСПЕКТЕ ТРАХЕОСТОМИИ

Малеев Ю. В., Неровный А. И., Голованов Д. Н.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко», Минздрава России, 394036, г. Воронеж, Россия

SURGICAL ANATOMY OF THE INTRAHYOID REGION IN THE ASPECT OF TRACHEOSTOMY

Maleev Yu. V., Nerovnyi A. I., Golovanov D. N.

Voronezh N. N. Burdenko State Medical University, Voronezh, Russia

Вариантная анатомия положения, формы и размеров перешейка и долей щитовидной железы (ЩЖ) широко варьирует. Более чем в 40% собственных морфологических наблюдений из 426/100% в подподъязычной области встретились добавочные мышцы, начинающиеся от подъязычной кости, фасциального узла белой линии шеи и щитовидного хряща (ЩХ) и прикрепляющиеся к различным отделам ЩЖ: пирамидальной доле (ПД), перешейку, правой и левой долям ЩЖ, трахее. При выполнении трахеостомии следует избегать травматизации добавочных мышц, прикрепляющихся к ткани ЩЖ и встречающихся достаточно часто (42/23,6%). В противном случае возможно возникновение кровотечения из мышц, которые, сократившись, погружаются в глубину раны, предопределяя тем самым развитие гематом и образование избытка рубцовой ткани в послеоперационном периоде.

Вариантная анатомия формы ЩЖ. В современной литературе имеются противоречивые сведения, касающиеся описания различных форм ЩЖ, отсутствует единая классификация, которую могли бы использовать врачи-оториноларингологи и хирурги. По результатам полученных данных в собственном морфологическом исследовании (426/100% наблюдений) предлагается выделять следующие формы ЩЖ.

1. Форма «бабочки» – боковые доли имеют форму эллипсоидов, расположенных по отношению к срединной линии шеи под углом, открытым книзу в сагиттальной плоскости, перешеек располагается на уровне нижней трети высоты боковых долей (231/54%).

2. Форма буквы «Н» – боковые доли имеют форму эллипсоидов, находящихся в положении, близком к вертикальному, перешеек располагается на уровне средней трети высоты боковых долей (24/6%).

3. Полулунная форма – доли имеют конусовидную форму, верхние полюса заострены, нижние сглажены и переходят в перешеек, который является непосредственным продолжением нижнего полюса боковой доли (24/6%).

4. Ладьевидная форма – доли имеют конусовидную форму. Верхний полюс может быть как заостренным, так и округлым, нижний полюс боковой доли – массивный. Перешеек располагается у нижнего полюса боковой доли. Нижний контур боковых долей и перешейка представляет собой прямую линию при данном типе строения ЩЖ (90/20%).

5. ЩЖ без перешейка – боковые доли эллипсовидной, округлой или конусовидной формы, находятся на расстоянии друг от друга, перешеек отсутствует (32/8%).

6. Асимметричная форма, заключающаяся в отсутствии симметрии в боковых долях и перешейке. Такую форму невозможно отнести ни к одной из вышеперечисленных форм (24/6%).

В клинической же практике целесообразно выделять три основные градации формы щитовидной железы.

1. ЩЖ с высоким, широким, толстым, т. е. массивным перешейком (ладьевидной, полулунной и асимметричной формы) (32%).

2. ЩЖ с невысоким, тонким перешейком (формы ЩЖ в виде «бабочки» и буквы «Н») (60%).

3. ЩЖ без перешейка (8% случаев). У лиц обоего пола вариант формы ЩЖ без перешейка является наиболее благоприятным для проведения трахеостомии. У мужчин чаще встречаются ЩЖ с хорошо выраженным перешейком, когда его линейные размеры больше, чем у женщин и он плотно спаян с трахеей. Поэтому выполнение трахеостомии у мужчин сопряжено с бóльшими техническими трудностями.

Кроме формы ЩЖ врачам необходимо учитывать наличие ПД ЩЖ. В настоящих собственных исследованиях она была обнаружена в 148 (35%) случаях. Наличие ПД ЩЖ является предрасполагающим фактором развития интраоперационных кровотечений у лиц обоего пола.

Непостоянным источником кровоснабжения ЩЖ с наличием многочисленных вариантов ее отхождения явилась низшая (непарная) щитовидная артерия (a. thyroidea ima), обнаруженная нами у 18 мужчин (12%) и 3 женщин (4,5%). Она вступала в ЩЖ чаще двумя стволами (71,4%). Диаметр ее варьировал от 3 до 5 мм. При выполнении нижней трахеостомии необходимо учитывать варианты отхождения данной артерии.

Заключение. Таким образом, при выполнении трахеостомии необходимо учитывать особенности вариантной анатомии добавочных мышц подподъязычной области, формы ЩЖ, топографии перешейка и пирамидальной доли ЩЖ.

В противном случае имеется высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений (повреждение трахеи и пищевода, ткани ЩЖ; кровотечение).

УДК 616.22-006.04-072.1-073.756.8

ВОЗМОЖНОСТИ АУТОФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

Малыхина Е. Г., Климов А. Н., Куц Б. В., Ушаков В. С.

ФГБКВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Санкт-Петербург, Россия

OPPORTUNITIES AUTOFLUORESCENCE VIDEO ENDOSCOPY AND COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE EARLY DIAGNOSIS OF MALIGNANT TUMORS OF THE LARYNX

Malyhina E. G., Klimov A. N., Kuc B. V., Ushakov V. S.

Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

В 2014 г. рак гортани занимал 10-е место (7,6%) в структуре летальности больных со злокачественными новообразованиями, которые состояли на учете в онкологических учреждениях на территории РФ. У пациентов с данной патологией ошибочный диагноз на догоспитальном этапе был установлен у 30–35% пациентов, а у госпитализированных пациентов 22,4–35%.

Пациенты и методы исследования. В клинике отоларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в 2014–2016 гг. было обследовано 123 пациента с новообразованиями гортани, в возрасте от 18 до 75 лет.

При осмотре в режиме аутофлюоресценции слизистая оболочка гортани освещалась синим светом спектра, что соответствовало 435–480 нм, в результате чего происходило возбуждение собственного свечения тканей, содержащих эндогенные фотосенсибилизаторы. На основании полученных данных можно провести предварительную дифференциальную диагностику злокачественных новообразований гортани от фоновых заболеваний, уточнить границы опухолевого поражения.

В объем обязательного исследования включалась компьютерная томография шеи с внутривенным контрастированием на аппарате «Aquilion», по результатам которой оценивали размеры патологических образований гортани, их денситометрическую плотность до и после введения контрастного вещества, вовлечение в патологический процесс хрящевого каркаса гортани, состояние лимфоузлов шеи. Морфологическую верификацию диагноза проводили после выполнения биопсии и гистологического исследования полученного материала. Чтобы определить эффективность компьютерной томографии с контрастированием и видеоэндоскопии в режиме аутофлюоресценции для ранней диагностики злокачественных новообразований гортани, нами проведен сравнительный анализ данных методов с результатами морфологического исследования. Рак гортани был гистологически верифицирован у 38 пациентов, доброкачественные новообразования – у 85 больных (папилломы, полипы, фибромы, гемангиомы).

В группе пациентов с подтвержденным злокачественным процессом у 35 больных при аутоф-

люоресцентной эндоскопии имелось изменение интенсивности свечения зоны патологического очага от синего цвета до ярко-алого. В 13 случаях было выявлено распространение опухоли на соседние анатомические области, причем эндоскопия гортани у данных пациентов в белом свете не позволяла это определить или распространенность процесса была сомнительной.

У 36 пациентов из 38 КТ-картина характеризовалась патологическим образованием с признаками накопления контрастного препарата в данной зоне до максимального значения в +80 HU. У 8 человек лучевой метод исследования позволил определить распространение опухолевого процесса, в той или иной степени, на щитовидный хрящ. В 2 случаях данные компьютерной томографии не выявили отклонений от нормы, причем у одного из пациентов видеоэндоскопия в режиме аутофлюоресценции показала изменение интенсивности свечения слизистой оболочки гортани в виде синего цвета.

Дополнительные данные, полученные при эндоскопическом исследовании в режиме аутофлюоресценции и компьютерной томографии позволили правильно определить степень первичной опухоли по системе TNM, а соответственно и стадию процесса. Из 85 случаев, в которых гистологи констатировали доброкачественное образование гортани, аутофлюоресцентная эндоскопия показывала нормальную зеленую окраску образования у 47 больных. Гистологическое заключение после выполненной биопсии у таких пациентов зачастую характеризовалось отечными полипами гортани. У 38 пациентов имелось изменение интенсивности свечения в виде синего цвета, случаев ярко-алого свечения не наблюдалось. В этих случаях морфологическая картина соответствовала папилломе, ангиоматозному полипу, реже фиброме.

Результаты КТ-исследования у подавляющего большинства больных с доброкачественными образованиями либо не выявляли патологических изменений в гортани, вследствие малых размеров опухоли, либо характеризовались ограниченным образованием без признаков инвазии в окружающие ткани, с отсутствием или минимальным накоплением контрастного препарата в зоне сканирования в пределах +10…+20 HU.

Заключение. Таким образом, на этапе первичного обращения пациентов с опухолями гортани, использование эндоскопии в режиме аутофлюоресценции совместно с КТ-исследованием, повышает эффективность диагностических мероприятий при патологических процессах в гортани, что, в свою очередь существенно влияет на алгоритм принятия решения о выборе метода лечения таких больных.

УДК 616.22-003.821-089.87

АМИЛОИДОЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ – НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Мустафаев Д. М., Гилилов В. И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия

AMYLOIDOSIS OF THE RESPIRATORY TRACT – OUR EXPERIENCE OF THE TREATMENT

Mustafaev D. M., Gililov V. I.

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

Амилоидоз – системное заболевание, в основе которого лежат сложные обменные изменения, приводящие к образованию и выпадению в тканях особой субстанции, вызывающей в конечном итоге нарушение функций органов. В настоящее время амилоидозом называют группу заболеваний с большим разнообразием клинических проявлений, вызванных системным или локальным отложением в органах и тканях фибриллярных белковых масс, имеющих общую физическую структуру, но различающихся по химическому составу фибрилл. В настоящее время в эту группу включены такие заболевания, как сахарный диабет II типа, болезнь Альцгеймера и др. Отложения амилоида в дыхательных путях наблюдается очень редко. Обычно при наличии симптомов поражения дыхательных путей, в частности гортани выявляется локальный амилоидоз, но в редких

случаях это может быть манифестацией системного поражения. Отложения амилоида в гортани локализуются преимущественно в вестибулярном отделе гортани, клинически проявляясь охриплостью или стридором, но могут проявляться в виде ощущений инородного тела в гортани, нехватки воздуха, одышке при физической нагрузке. Прогноз, как правило, благоприятен, но заболевание может прогрессировать или рецидивировать после лечения.

Лечение амилоидоза дыхательных путей хирургическое. В основном применяются эндоскопические методы лечения с удалением амилоидных масс с применением инструментальной резекции, фотодеструкции с помощью различных лазеров, деструкции ультразвуком, радиохирургии и т. д. Сообщаем наш опыт лечения амилоидоза дыхательных путей с применением холодной плазмы.

Пациенты и методы исследования. За период с 2005 по 2015 гг. в отделении оториноларингологии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского проведено хирургическое лечение с применением холодной плазмы – 11 больным (женщин – 10, мужчин – 1) с первичным локальным амилоидозом гортани и трахеи со сроком наблюдения до 10 лет. Диагноз первичный локальный амилоидоз гортани и трахеи устанавливался после комплексного обследования пациентов с исключением системных поражений и морфологическим подтверждением в биоптатах наличия амилоидных масс. Удаление амилоидных масс выполняли под общей анестезией с помощью эндоларингеальной микрохирургии с применением холодной плазмы. Холоднoплазменный хирургический аппарат Coblator II является биполярным прибором, предназначенным для работы в ЛОР-хирургии. Активным электродом «PROcise LW» от аппарата Coblator II в соответствующем режиме работы прибора проводилась коблация с выраженным положительным эффектом в виде полного удаления очагов локального амилоидоза гортани и верхней трети трахеи с восстановлением ее просвета. В ходе операции в режиме работы прибора «коблация» происходит дополнительный гемостаз мелких сосудов, а для гемостаза более крупных сосудов требуется применение режима работы прибора «коагуляция».

Патология дыхательных путей чрезвычайно разнообразна. Всегда следует учитывать возможность развития редко встречающихся заболеваний, поскольку тактики лечения при них являются различными, а здоровье больного зависит от правильно выбранного и рано начатого лечения. В связи с вышесказанным важное значение имеет осведомленность широкого круга врачей-оториноларингологов о современном состоянии проблемы амилоидоза дыхательных путей для улучшения диагностики и правильного выбора ведения больных.

Выводы. Амилоидоз дыхательных путей – редкая патология, по нашим данным составляет 0,5% от всех доброкачественных опухолей. Рецидив заболевания среди наблюдаемых нами пациентов встречался у 5 с распространенными формами поражения.

Ранняя диагностика и хирургическое вмешательство являются основой эффективного лечения локального амилоидоза дыхательный путей.

УДК 616.22-006.6-089.844

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Мухамедов М. Р.[1,2], Кульбакин Д. Е.[1,4], Чойнзонов Е. Л.[1,2], Староха А. В.[2], Гюнтер В. Э.[3]

[1]ФГБНУ «Томский Национальный исследовательский медицинский центр» Российской академии наук», 634009, г. Томск, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, 634050, г. Томск, Россия

[3] ФБУН «НИИ медицинских имплантатов и материалов с памятью формы», 634000, г. Томск, Россия

[4] ФГБУ «Национальный исследовательский Томский государственный университет, 634050, г. Томск. Россия

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY USING IMPLANTS FROM TITANIUM NICKELIDE IN RECONSTRUCTIVE SURGERY OF LARYNGEAL CANCER PATIENTS

Mukhamedov M. R.[1,2], Kul'bakin D. E.[1,4], Choinzonov E. L.[1,2], Starokha A. V.[2], Gyunter V. E.[3]

[1] Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

[2] «Siberian State Medical University» Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russia

[3] Research Institute of Medical Implants and Materials with Memory of Form, Tomsk, Russia

[4] National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Несмотря на возрастающую роль неадьювантной лучевой и (или) химиотерапии в лечении рака гортани, хирургический метод остается основным. В то же время, ларингэктомия уже не может рассматриваться в качестве основного метода лечения. Цель лечения должна быть не только в излечении, но и в обеспечении лучшего функционального исхода для пациента.

Цель исследования. Разработка и клиническая апробация методики реконструкции гортани с использованием индивидуальных имплантатов из никелида титана.

Пациенты и методы исследования. Всего в исследование было включено 120 больных раком гортани T2-3 N0-1M0, из них 118 (98,3 %) мужчин и 2 (1,7%) женщины. Возраст больных варьировал от 32 до 70 лет. Максимальное число пациентов (78%), находилось в возрастном интервале 40–60 лет. Органосохраняющее хирургическое лечение с эндопротезированием гортани включало в себя удаление опухоли гортани вместе с фрагментом щитовидного хряща с последующим замещением образовавшегося дефекта хряща имплантатом из пористого никелида титана и ушиванием операционной раны наглухо. В основу новой, усовершенствованной методики комбинированной реконструкции гортани, положено создание каркасной основы гортани (при помощи имплантата на основе сверхэластичной ткани из никелида титана) и создание внутренней выстилки реконструируемой гортани.

Разработанный дизайн модифицированного имплантата обеспечивал обратимую деформацию конструкции (при физиологических движениях гортани во время глотания и речи) без нарушения ее каркасности. В формировании внутренней выстилки нами использовались местные мышечные ткани (подкожная мышца шеи – в 9 случаях) или метод префабрикации мышечного лоскута (лоскут из прямой мышцы живота – в 6 случаях). Создание внутренней выстилки (при помощи местных тканей или методом префабрикации), своей целью преследовало воссоздание исходной слоистости реконструируемой стенки гортани и предотвращение контакта никелид титановой конструкции с просветом гортани. Таким образом, созданный внутренний слой выполнял защитную функцию для никелид титановой конструкции.

По разрабатываемым методикам пролечено 15 больных раком гортани T2–T3 стадиями. Всем больным выполняли различные виды органосохраняющих операций (от переднебоковой до субтотальной резекции) с одномоментной реконструкцией эндопротезами на основе ткани из никелида титана. В плане комбинированного лечения (с предоперационной лучевой терапией в СОД 40 Гр) данные операции выполнены 5 боль-

ным (Т2 – 2 больных, Т3 – 3 больных). С рецидивами рака гортани после радикального курса лучевой терапии было 10 больных (rТ2 – 3 больных, rТ3 – 7 больных).

Результаты исследования. Голосовая функция была сохранена полностью у 112 (93,3%) больных и частично у 8 больных (6,7%). Дыхательная функция восстановлена полностью у 106 (88,3%) больных, в 14 случаях (11,7%) в связи с рубцовыми изменениями больные остались канюленосителями. Защитная функция гортани сохранена у 116 (96,6%) больных, и у четверых больных (3,4%) отмечалось временное частичное нарушение защитной функции гортани. Во всех случаях, по данным СКТ гортани, отмечено точное соответствие конструкции из никелида титана объему и конфигурации возникшему дефекту гортани и правильное стояние конструкции, без смещения. Внутренняя выстилка гортани во всех случаях была состоятельна. Средний срок деканюляции – 30 дней после операции. Самостоятельное питание полностью восстанавливалось к 5–7-м суткам после операции. В наших наблюдениях в 14 случаях (11,7%), в связи с продолженным ростом опухоли, в течение первого года было выполнено удаление гортани. В трех случаях (2,5%) больные умерли от прогрессирования опухолевого процесса.

Заключение. Разработанные методики реконструкции с использованием имплантатов из никелид титана способны восстанавливать структуры гортани даже при субтотальных резекциях, с получением удовлетворительных функциональных результатов. Данное обстоятельство позволяет расширить показания для выполнения органосохраняющих операций у больных с местно-распространенными стадиями рака гортани, которым ранее выполнялись органоуносящие операции.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного Фонда (проект №16-15-00038).

УДК 616.22+616.321-006.6-08:612.591

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Мухамедов М. Р.[1,2], Спивакова И. О.[1], Старцева Ж. А.[1,2], Кульбакин Д. Е.[1], Староха А. В.[2]

[1] ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр» Российской академии наук», 634009, г. Томск, Россия

[2] ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, 634050, г. Томск, Россия

THE USE OF LOCAL HYPERTHERMIA IN THE TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED LARYNGEAL AND LARYNGOPHARYNGEAL CANCERS

Mukhamedov M. R.[1,2], Spivakova I. O.[1], Startseva Zh. A.[1,2], Kul'bakin D. E.[1], Starokha A. V.[2]

[1] Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

[2] «Siberian State Medical University» Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russia

Актуальность совершенствования методов лечения местно-распространенного рака гортани и гортаноглотки объясняется высоким удельным весом данной категории больных в ряду злокачественных новообразований головы и шеи, а также необходимостью обеспечения адекватных показателей качества жизни больных, перенесших комбинированное лечение. В этой связи особый интерес вызывают исследования по применению дистанционной лучевой терапии в сочетании с гипертермией, результаты которых свидетельствуют об увеличении радиационного ответа и выраженной регрессии опухоли, а также обеспечения длительного безрецидивного периода.

Цель исследования. Изучение сочетания локальной гипертермии с дистанционной лучевой терапией в лечении больных местно-распространенным раком гортани и гортаноглотки.

Пациенты и методы исследования. В исследование включено 38 больных с морфоло-

гически верифицированным раком гортани и гортаноглотки III–IV (T3N0–1M0) стадий, получавших лечение в отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ в 2012–2016 гг. Рак гортаноглотки был диагностирован у 9 (23,6%) больных, у 29 (76,3%) – рак гортани. Распределение по полу: мужчины – 34 (89,4%), женщины – 4 (10,6%) больных. Возраст пациентов – от 39 до 70 лет, в среднем – 57,83±1,39 года. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак был верифицирован у 8 (21%), умереннодифференцированный – у 19 (50%), низкодифференцированный – у 11 (29%) пациентов. Сроки наблюдения за больными составили 12–36 мес, в среднем – 18,4±4,6 мес. Больные получали курс ДЛТ до СОД 40 Гр в стандартном режиме фракционирования дозы (РОД 2,0 Гр 5 раз в неделю), на фоне радиосенсибилизации локальной гипертермией. Сеансы проводились на гипертермической системе Celsius TCS, 2 раза в неделю, продолжительностью 60 мин, при температуре 42–44 °С, количество сеансов – 8, начиная с первого дня лучевой терапии.

Эффект от лечения лучевой терапии в сочетании с локальной гипертермией оценивали согласно критериям RECIST. Больным, эффект лечения которых оценен как «частичная регрессия» и «стабилизация» проводили второй этап комбинированного лечения – оперативное вмешательство. Пациентам, у которых была достигнута полная регрессия опухолевого процесса, продолжена дистанционная лучевая терапия до СОД 66 Гр, с применением локальной гипертермии – 12 сеансов.

Результаты исследования показали хорошую переносимость локальной гипертермии в качестве физического радиосенсибилизатора лучевой терапии. Ни в одном случае не было отмечено побочных эффектов. Наличие трахеостомы у 4-х больных раком гортани T3N0–1M0 стадии не явилось препятствием для проведения термолучевой терапии. Оценка эффекта проводилась при наборе больными СОД 40 Гр и 8 сеансов локальной гипертермии. Были получены следующие результаты: у 9 (23,6 %) пациентов получена полная регрессия опухоли, им была продолжена лучевая терапия на фоне локальной гипертермии до радикальной дозы. В оставшихся случаях (n = 29) больным выполнялось оперативное вмешательство, из них у 15 (52%) эффект лечения был оценен как «частичная регрессия», а у – 14 (48%) – «стабилизация процесса». В этой группе выполнено хирургическое вмешательство, из них у 16 (55%) – органосохраняющие операции (фронтолатеральные резекции гортани – 12, гемиларингэктомии – 3, резекция грушевидного синуса – 1); в остальных случаях – 13 (45%) пациентам объем был расширен до комбинированной ларингэктомии с формированием трахеоглоточного шунта – 4, ларингэктомии – 9). Необходимо заметить, что оперативные вмешательства не сопровождались какими-либо особенностями, связанными с предшествующей термолучевой терапией. По результатам морфологического исследования операционного материала у 9 (31%) больных отмечался лечебный патоморфоз IV степени, у 15 (52%) – III степени. В группе больных (n = 9) после радикального курса лучевой терапии у 7 (78%) больных при контрольном обследовании зарегистрирована полная, морфологически подтвержденная регрессия опухоли.

Заключение. Таким образом, анализ полученных результатов подтверждает целесообразность применения локальной гипертермии на первом этапе комбинированного лечения местно-распространенного рака гортани и гортаноглотки на основании не только хорошей переносимости данной методики, но и достоверного увеличения не только числа органосохраняющих операций, но и показателями лечебного патоморфоза III–IV степени по сравнению с дистанционной лучевой терапией без использования радиосенсибилизатора.

УДК 616.22-008.5+376.37:614.2

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ ПРОЕКТ «ШКОЛЫ ГОЛОСА» – ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ И УСПЕХУ

Орлова О. С.[1,2], Осипенко Е. В.[1], Гаращенко Т. И.[1], Эстрова П. А.[2]

[1] ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России», 123182, Москва, Россия

[2] ГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», 119991, Москва, Россия

SOCIAL PROJECT “SCHOOL VOICE” IS THE PATH TO HEALTH AND SUCCESS

Orlova O. S.[1,2], Osipenko E. V.[1], Garashchenko T. I.[1], Estrova P. A.[2]

[1] Federal State Budgetary Institution “Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation”, Moscow, Russia

[2] Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia

Для многомиллионной армии лиц голосо-речевых профессий проблема профилактики и лечения нарушения голоса является актуальной и значимой. Реабилитация больных с нарушениями голоса различного генеза является комплексной и междисциплинарной, базируется на взаимодействии и сотрудничестве специалистов разного профиля: медиков, фармакологов, логопедов, включение которых в процесс восстановления голоса обеспечивает оптимальный функциональный результат. С сентября 2016 года в России проходит масштабный социальный проект «Здоровый голос» при поддержке международной компании « Буарон».

Проект состоит из трех тематических блоков – «Школа голоса», «Секреты голоса» и «Голос», каждый из которых адаптирован к особой категории слушателей. Специалисты – оториноларингологи, фониатры, логопеды объединили свой опыт и знания, чтобы поделиться ими с людьми по всей стране и рассказать о том, как предупредить дисфонии, сохранить, укрепить и развить свой голос. Профилактика, знание первопричин, умение распознавать симптомы, понимание последствий и своевременное лечение – залог здорового голоса каждого.

Цель «Школы голоса» – повышение уровня знаний по проблеме сохранения и развития здорового голоса у детей и взрослых, профилактика дисфоний у лиц голосо-речевых профессий.

Пациенты и методы исследования. «Школы голоса» – это масштабные интерактивные просветительские мероприятия, на которых ведущие специалисты консультируют больных, популярно рассказывают о голосовых нарушениях, отвечают на вопросы слушателей. Для повышения эффективности таких встреч проводится анкетирование участников, что дает возможность изучить социальный запрос и получить обратную связь и информацию от слушателей.

Результаты и обсуждение. В течение трех месяцев в 26 городах России прошли 72 лекции экспертов в области фониатрии, в которых приняло участие более 2500 человек. Они были организованы на разнообразных площадках: в школьных и дошкольных организациях, вузах, офисах, музыкальных школах и училищах. Это помогло пригласить к участию как можно больше людей: не только тех, у кого с голосом связана профессиональная деятельность (актеры, дикторы, преподаватели, журналисты), но также родителей, дети которых занимаются вокалом, и людей, которые хотят узнать больше об особенностях своего голоса.

Цель анкетирования. Оценка заболеваемости, профиля и стереотипов поведения пациентов с нарушениями голоса. В анкетировании приняли участие 722 человека («поющие» дети и их родители, педагоги, вокалисты, специалисты Call-центров, экскурсоводы, менеджеры, бизнес-тренеры, переводчики), из них 612 женщин и 110 мужчин. Среди респондентов – педагоги – 381, вокалисты – 181, другие – 200.

Нас интересовало, как оценивают свой голос, как часто болеют и обращаются к специалистам, какие методы лечения и лекарства предпочитают, что знают о профилактике нарушений голоса педагоги и вокалисты в зависимости от пола, возраста, стажа работы и голосовой нагрузки. Только 11% вокалистов и 16% педагогов не отмечают у себя заболеваний голосового аппарата. При этом у остальных они встречаются три-пять раз в год у 25% в первой группе и у 17% – в группе педагогов. А чаще, чем пять раз – у 5 и 7% соответственно.

При этом 50% вокалистов и 45% педагогов не лечатся. В обеих группах по 28% предпочитают народные средства и только 22% опрошенных вокалистов и 27% педагогов принимают медикаментозные препараты.

Интересно, что 67% указали на применение антисептиков, не имеющих официально зарегистри-

рованных показаний к применению при нарушениях голоса; 29% – «Гомеовокс»; 2% – «Лизобакт»; 2% – другие. Причем, по результатам применения «Гомео-вокса» участники опроса отмечают улучшение (выздоровление) в 87–91% случаев.

Респонденты назвали 15 различных мер профилактики, к сожалению, никто из опрошенных не указал на постановку голоса как средство укрепления и развития природных его качеств.

Большинство участников оценили высокую эффективность мероприятия и высказали желание продолжать такие встречи.

Выводы. Проект «Здоровый голос» – это возможность поделиться интересной и очень важной информацией не только непосредственно с лицами голосо-речевых профессий, но и социальная кампания, полезная врачам и фармацевтам, которые также знакомятся с современными методами профилактики и лечения дисфоний.

Важным представляется концентрация внимания специалистов на курсах постановки голоса, которые в значительной степени способствуют успешной карьере, развитию профессионального голоса и сохранению здоровья.

УДК 616.22+616.321+616.329-006.6-089.844

ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПИЩЕПРОВОДНОГО ПУТИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНОГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Остринская Т. В.[1], Жуманкулов А. М.[1,2], Анисимова А. В.[1]

[1] ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», 198255, Санкт-Петербург, Россия

[2] ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, Россия

VARIATIONS OF THE PRIMARY RECONSTRUCTION DEFECTS IN THE CASES OF MALIGNANT TUMORS HYPOPHARYNX AND CERVICAL ESOPHAGUS

Ostrinskaya T. V.[1], Zhumankulov A. M.[1,2], Anisimova A. V.[1]

[1] City Clinical Oncology Center, Saint Petersburg, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

При обширных дефектах гортаноглотки и шейного отдела пищевода, возникающих, как правило, после хирургического лечения злокачественных опухолей, возникает потребность восстановления целостности пищепроводного пути. Стандартом хирургического лечения является формирование в конце операции фарингоэзофагостомы с последующей отсроченной пластикой с использованием местных тканей, либо перемещенных лоскутов. Минусом отсроченной пластики является необходимость длительного, обременительного для пациента, зондового питания и гигиенического ухода за фарингоэзофагостомой. Поэтому целесообразно выполнение реконструктивной операции одномоментно с удалением опухоли. Для первичной пластики дефектов «глоточно-пищеводной трубки» используются три способа: местные ткани оставшейся слизистой оболочки гортаноглотки, перемещенные лоскуты с осевым кровоснабжением и свободные лоскуты.

Пациенты и методы исследования. В клинике СПб ГКОД в 2014–2016 гг. выполнено 36 первичных реконструкций дефектов пищепроводного пути у пациентов с 4-й стадией опухолевого процесса гортаноглотки (T3-4 N1-2c M0). В 24 случаях для реконструкции хватило местных тканей неповрежденной слизистой оболочки гортаноглотки, в 5 случаях был использован перемещенный лоскут большой грудной мышцы, в 7 случаях использованы свободные реваскуляризированные лоскуты (у 4 пациентов был использован кожно-фасциальный лучевой лоскут, у 3 – висцеральный тонкокишечный лоскут).

Результаты исследования. Из 24 пациентов с реконструкцией пищепроводного пути местными тканями у 11 в послеоперационном периоде сформировались глоточные свищи. Из них у 5 человек в течение от 1 до 3 недель свищи зажили, благодаря консервативному лечению. У 6 пациентов свищи или сформировавшиеся вторичные фарингостомы потребовали хирургической коррекции. Рубцовые сужения в отдаленном периоде наблюдались в этой группе у 3 пациентов. Все 5 пациентов с реконструкцией обширных пищепроводных дефектов перемещенными лоскутами большой грудной мышцы (БГМ) зажили первично, без свищей. У 2 из них в отдаленном периоде (более чем через 6 месяцев) возникли разной степени выраженности рубцовые сужения сформированного пищепроводного пути. Из 7 пациентов с реконструкцией свободными реваскуляризированными лоскутами у 3 сформировались глоточные свищи, в 2 случаях прибегли к хирургической коррекции местными тканями, в 1-ом случае свищ закрылся самостоятельно после консервативного лечения. У 2 из 4 пациентов с реконструкцией лучевым лоскутом в отсроченном послеоперационном периоде (через 3–4 месяца после операции) развились рубцовые стенозы в области нижнего кожно-пищеводного анастомоза. Для коррекции последних потребовались многократные бужирования и баллонные дилятации. Рубцовых стенозов при использовании тонкокишечного лоскута не наблюдали.

Длительность зондового питания при первичной реконструкции у пациентов без осложнений составила в среднем 10±4 дней, а средний койкодень после операции 14±5 дней. Осложнения в виде возникновения свищей и вторичных фарингостом составили 38,9% (14 пациентов), причем в 42,8% (6 пациентов) свищи закрылись самостоятельно без хирургического вмешательства. Лишь 8 человек (22%) из 36 пациентов с первичными реконструкциями потребовали последующей, как правило, незначительной хирургической коррекции. В отдаленном послеоперационном периоде у 7 (19%) больных возникли рубцовые стенозы, потребовавшие бужирования и балонной дилятации.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о хорошем функциональном результате первичной реконструкции глоточно-пищепроводного сегмента.

Большинство пациентов уже через 10–14 дней могли возобновить энтеральное питание естественным путем, минуя стадию длительного фарингостомного или зондового периода. Менее пятой части наших пациентов потребовалась последующая операция – хирургическая коррекция свищей.

Свободные реваскуляризированные лоскуты являются хорошим пластическим материалом, позволяющим выполнить оптимальную пластическую реконструкцию гортаноглотки и шейного отдела пищевода при циркулярных дефектах.

УДК 616.22.008.5-053.2

ДИСФОНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Родионова О. И.[1], Конойко Н. С.[2]

[1] ГБОУ ВО «Минский государственный медицинский университет», 220007, Минск, Беларусь

[2] Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, 220004, Минск, Беларусь

DYSPHONIA AT CHILDREN

Rodionova O. I.[1], Konoiko N. S.[2]

[1] Minsk State Medical University, Minsk, Belarus

[2] Republican Scientific and Practical Center for Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

Распространенность нарушений голоса у детей имеет тенденцию к росту. Хроническое нарушение голоса у ребенка прогрессирует постепенно и обычно не сопровождается нарушением общего самочувствия, поэтому часто остается вне внимания родителей, педиатров и детских оториноларингологов. Проблема становится актуальной при выборе молодым человеком будущей профессии, когда по состоянию голосовой функции абитуриент может быть признан непригодным или ограниченно годным к выбранному роду профессиональной деятельности. Поэтому

своевременное выявление и лечение голосовых расстройств в детском возрасте является актуальным.

Цель и задачи исследования. Анализ патологии голосового аппарата у детей и возможности ранней ее диагностики.

Пациенты и методы исследования. Проведен анализ по данным обращаемости детей и подростков (до 18 лет) на прием к врачу-фониатру.

Результаты исследования. Удельный вес пациентов с патологией голоса среди впервые обратившихся к фониатру РНПЦ оториноларингологии детей составил 68%.

Наиболее распространенная патология голосового аппарата в младшем детском возрасте – узелки голосовых складок, составила 50,5%. У всех обследованных детей узелки имели хроническое течение и требовали длительного медикаментозного лечения и фонопедической коррекции, так как без изменения манеры голосоведения консервативное лечение данной патологии неэффективно. Хирургическое лечение узелков голосовых складок у детей, учитывая анатомо-физиологические особенности детской гортани, выполняется крайне редко.

Повышение удельного веса функциональных нарушений голоса (дисфоний и афоний – до 23%), а также мутационных дисфоний (до 15,4%) наблюдалось нами у детей более старшего возраста и подростков, когда на голосовой аппарат возрастает влияние функционального состояния нервной и эндокринной систем растущего пациента. Острые и хронические воспалительные заболевания гортани, часто сопряженные с патологией носа, носоглотки, глотки составили до 6,8%. Прочая патология гортани как причина дисфонии (респираторный папилломатоз, параличи, стенозы, пороки развития) была выявлена в 4,3%.

Диагностика заболеваний гортани у детей представляет определенную трудность в связи с анатомо-функциональными и психологическими особенностями маленького пациента. Непрямая (зеркальная) ларингоскопия нередко затруднена, а у детей младшего возраста практически невозможна. Альтернативой считается прямая ларингоскопия под общей анестезией, требующая госпитализации пациента. Значимость прямой поднаркозной ларингоскопии возрастает при одновременно планируемом хирургическом лечении заболевания гортани.

Перспективными в детской практике, и в ларингологии в частности, являются эндоскопические методики, практически не имеющие возрастных ограничений. При фиброларингоскопии можно одномоментно осмотреть все отделы нос, глотку, гортань и выявить патологию ЛОРорганов, которая может быть причиной или фоном развития дисфонии.

Выводы. Нарушения голосовой функции в детском возрасте достаточно распространены. При этом внимание и настороженность взрослых, находящихся рядом с ребенком (родителей, педагогов, врачей) к проблеме охраны детского голоса по-прежнему недостаточны.

Узелки голосовых складок – наиболее частая патология голосового аппарата в младшем детском возрасте. С возрастом увеличивается доля функциональных дисфоний у детей.

Диагностика патологии гортани у детей затруднена ввиду возрастных особенностей.

Повышение внимания к данной проблеме, совершенствование первичной диагностики позволит снизить распространенность хронических форм дисфоний в детском возрасте и будет способствовать профилактике стойких голосовых нарушений у взрослых.

УДК 616.833.191.7-089:616.441-089

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Савенок А. В., Кокорина В. Э., Ташкинов Н. В.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 680000, г. Хабаровск, Россия

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF INJURIES OF THE RECCURENT NERVE AFTER INTERVENTIONS ON THE THYROID GLAND

Savenok A. V., Kokorina V. E., Tashkinov N. V.

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

Тиреоидэктомия – одно из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств в мире. Значимым осложнением оперативных вмешательств на щитовидной железе, приводящим к нарушению качества жизни, является повреждение возвратного гортанного нерва. Транзиторный парез возвратного гортанного нерва возникает у 8–20% пациентов, стойкий паралич – в 0,3–3% случаев. Большинство повреждений возвратного гортанного нерва не диагностируется хирургами интраоперационно, а зачастую выявляется только при развитии выраженной клинической картины.

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов с повреждениями возвратного гортанного нерва после оперативных вмешательств на щитовидной железе.

Пациенты и методы исследования. В 2012–2016 гг. нами было обследовано 67 пациентов с повреждениями возвратного гортанного нерва после оперативных вмешательств на щитовидной железе. Период обращения к оториноларингологу по поводу осиплости голоса, нарушения дыхания различной степени выраженности, нарушения глотания, колебался от 23 дней до 17 лет после оперативного вмешательства на щитовидной железе. Отсутствие своевременной диагностики и лечения нарушений иннервации гортани приводило к тому, что уже при первичном обращении выявлялись признаки патологической реиннервации гортани.

Анализ выписных эпикризов показал, что у 27% пациентов проведена тиреоидэктомия по поводу узлового зоба, у 69% – диффузного токсического зоба, у остальных – по поводу злокачественных новообразований щитовидной железы. В выписках отсутствовали указания на осложнения во время операции и в раннем послеоперационном периоде, только у 12 (18%) пациентов тиреоидэктомия проводилась с интраоперационным нейромониторингом возвратных нервов. Всем пациентам было выполнено комплексное обследование: эндоларингоскопия, стробоскопия гортани, акустический анализ голоса, оценка функции внешнего дыхания, исследование крови на уровень кальция, ТТГ.

Результаты и обсуждение исследования. В целях оптимальной диагностики данной патологии предложен алгоритм ведения пациентов с хирургической патологией щитовидной железы, включающий в себя осмотр оториноларинголога с проведением ларингостробоскопии до- и после вмешательства на щитовидной железе и фиброларингоскопии, непосредственно в операционной после экстубации пациентов. Односторонний парез диагностирован у 42 пациентов (у 67% – левосторонний, у 33% – правосторонний).

Курс консервативной терапии включал в себя противовоспалительное, противоотечное стимулирующее лечение, дыхательную гимнастику и иглорефлексотерапию. У всех пациентов было укорочено время максимальной фонации, при этом данный показатель явился демонстративным для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий

Полное восстановление подвижности гортани, при рано начатом восстановительном лечении (противовоспалительная гормональная терапия, микроциркулянты, фонопедия) было у 31 пациента, из них у 7 на сроке от 12 до 15 месяцев после тиреоидэктомии. При двусторонних поражениях дыхательная функция компенсировалась частично, либо ухудшалась. Декомпенсированный стеноз гортани у 16 пациентов стал причиной наложения им трахеостомы по экстренным показаниям в различных учреждениях края. При односторонних нарушениях иннервации отмечена четкая зависимость эффективности проводимой терапии от сроков обращения, так при обращении в сроки до 1–2 месяцев мы отметили клиническое восстановление в 68% случаев, 3–6 месяцев – по-

ложительный результат достигнут в 24% случаев, при более позднем обращении – восстановить подвижность гортани удалось у 3% пациентов. При двусторонних параличах гортани вопрос о сроках хирургической реабилитации является спорным. Следует отметить, что в 3-х случаях ларингостробоскопическое обследование подтвердило восстановление подвижности гортани при сроке с момента хирургического вмешательства более 12 месяцев. Это подтверждает необходимость пересмотра сроков реконструктивных операций на гортани у данной категории пациентов не ранее 12 месяцев.

Ларингопластика 22 пациентам с двусторонним параличом гортани проводилась по оригинальной методике (Патент № 2525220 от 12.06.2014) с задней подслизистой хордотомией, удалением голосового отростка черпаловидного хряща, с латерофиксацией шовным материалом задней трети голосовой складки. В 14% случаев потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства на второй голосовой складке в связи с формированием просвета голосовой щели 3–4 мм, недостаточного для компенсированного дыхания. У 5 пациентов проведено стентирование просвета гортани Т-образной трубкой из-за формирования рубцов в задних отделах гортани и рестенозирования.

Заключение. Дегидратационная и противовоспалительная терапия, начатая пациентам еще в отделении хирургии, позволяет снизить патологическую реиннервацию гортани и значительно повысить процент реабилитации.

Плановое оперативное лечение послеоперационных параличей гортани рационально выполнять не ранее 12 месяцев после хирургии щитовидной железы с применением малоинвазивных эндоларингеальных методик.

УДК 616.22-009.12-07-08:616.921.8

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСТКОКЛЮШНЫМ ЛАРИНГОНЕВРОЗОМ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Свистушкин В. М., Карпова О. Ю., Мейтель И. Ю.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», 119991, Москва, Россия

LARYNGONEUROSIS AFTER WHOOPING COUGH DIAGNOSTICS AND TREATMENT DIFFICULTIES (OUR CLINICAL CASE)

Svistushkin V. M., Karpova O. Yu., Meytel I. Yu.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "I. M. Sechenov First Moscow State Medical University", Moscow, Russia

Истинный уровень заболеваемости коклюшем в России установить трудно в связи отсутствием своевременной и доступной диагностики. Коклюш у детей, как правило, протекает в типичной форме, в то время как у взрослых чаще протекает атипично и диагностируется как ОРЗ, ОРВИ, острый бронхит с астматическим компонентом или пневмония, в связи с чем назначается неадекватное лечение. Крайне мало данных о встречаемости, диагностике и лечении постоклюшного ларингоневроза в виде рефлекторного кашля.

Обычно после перенесенного коклюша приступообразный кашель проходит в течение 1–2 месяцев. Однако встречаются случаи, когда приступообразный кашель, нередко с ларингоспазмами, продолжается месяцами и годами. Это может быть связано с возникновением доминантного очага в дыхательном центре. По мере уменьшения патологической импульсации со стороны дыхательных путей происходит медленное угасание доминантного очага возбуждения в ЦНС. Однако еще длительное время сохраняется готовность к спастическому кашлю на любое неспецифическое раздражение (гипервентиляция, вследствие физической и голосовой нагрузки, стрессовых ситуаций; вдыхание холодного воздуха, табачного дыма, резкие запахи). По нашим наблюдениям, особенно к этому предрасположены больные с лабильной нервной системой, у которых постко-

клюшный ларингоневроз в виде рефлекторного кашля протекал на фоне гипервентиляционного синдрома.

Пациенты и методы исследования. Нами для дестабилизации и разрушения устойчивой патологической системы был предложен метод внутрикожных новокаиновых блокад зон Захарьина–Геда для гортани в сочетании с дыхательной гимнастикой, направленной на уменьшение гипервентиляции в сочетании с приемами, направленными на предотвращения приступов кашля.

За последние 2 года в клинике было проведено лечение 5 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет с посткоклюшым ларингоневрозом в виде рефлекторного кашля с ларингоспазмами с длительностью заболевания от 6 месяцев до 5 лет. У всех больных диагноз коклюша был подтвержден положительными серологическими пробами. До поступления в клинику больным проводилось лечение обычными противокашлевыми препаратами, а также гормонами и бронхолитиками без эффекта. У всех пациентов была характерная ларингоскопическая картина: повышенный глоточный рефлекс, широкая голосовая щель и выраженное спазмирование голосовых складок на вдохе; сама ларингоскопия, вследствие гипервентиляции, могла провоцировать приступ кашля с ларингоспазмом. В результате проведения 2 курсов рефлексотерапии по 10 сеансов (внутрикожные новокаиновые блокады зон Захарьина–Геда для гортани, аурикулотерапия), дыхательной гимнастики, направленной на уменьшение гипервентиляции и использование приемов по предупреждению приступов кашля, всем больным удалось добиться исчезновения ларингоспазмов и практически полного купирования приступов кашля.

Заключение. Накопленный опыт свидетельствует о возможном посткоклюшным ларингоневрозе у пациентов с длительным кашлем. Проведение специального лечения, включающего внутрикожные новокаиновые блокады зон Захарьина–Геда для гортани, аурикулотерапию, дыхательную гимнастику представляется эффективным и позволяет полностью купировать патологические проявления.

УДК 616.216-072.1:616.22-008.5

ВЛИЯНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НА АКУСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ГОЛОСА

Свистушкин В. М., Старостина С. В., Аветисян Э. Е.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», 119991, Москва, Россия

EFFECT OF ENDOSCOPIC SURGERY OF THE PARANASAL SINUSES ON THE ACOUSTIC PARAMETERS OF THE VOICE

Svistushkin V. M., Starostina S. V., Avetisyan E. E.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "I. M. Sechenov First Moscow State Medical University", Moscow, Russia

Функциональная эндоскопическая хирургия полости носа получила широкое распространение в лечении больных с хроническим синуситом. В зарубежной научной печати встречаются сведения об изменении характеристик голоса после операций на околоносовых пазухах (ОНП) (Soneghet R. et al., 2002; Ungor C. et al., 2013). У большинства пациентов с длительным анамнезом хронического синусита изменения голоса основаны только на специфичной назальности речи. По данным зарубежных коллег верхнечелюстные пазухи, как самые объемные, считаются первостепенным резонатором звуков "I" и "U". После максиллэктомии происходит полное исчезновение носового резонанса (Masuda S. 1992; Maeda S. 1982; Tobey E., Lincks J., 1989). Отечественные авторы (Василенко Ю. С., Зеленкин Е. М., Орлова О. С., 2001) отмечают, что при хроническом синусите происходит изменение объема пазух, состояние слизистой оболочки и снижение рефлекторной активности тройничного нерва, что создает условия для возникновения функциональных расстройств голоса. Пациенты с хроническим воспалением околоносовых пазух чаще страдают хроническим ларингитом (Агапова Т. Н., 1997).

Цель исследования. Анализ изменений акустических параметров голоса у пациентов, перенесших эндоскопическое оперативное вмешательство на околоносовых пазухах

Пациенты и методы исследования. В исследование вошли 15 пациентов голосо-речевых профессий, в возрасте от 21 до 60 лет, 9 женщин и 6 мужчин, со следующими нозологиями и объемом хирургического вмешательства:

– односторонний гнойный верхнечелюстной синусит – 6 пациентов: односторонняя эндоскопическая гайморотомия;

– двусторонний гнойный верхнечелюстной синусит – 3 пациента: двусторонняя эндоскопическая гайморотомия;

– гнойный гемисинусит – 4 пациента: эндоскопическая гаймороэтмоидотомия ± фронтотомия;

– гнойный полисинусит – 2 пациента: эндоскопическая полисинусотомия.

Для оценки голосовой функции у пациентов до операции и после нее через 6 месяцев были проведены акустический анализ голоса, субъективный анализ голоса с помощью опросника Voice Handicap Index, видеоларингостробоскопия, эндоскопия полости носа, КТ околоносовых пазух, а также передняя активная риноманометрия.

Акустический анализ голоса был проведен при помощи компьютерной программы “LingWavesVoiceProgram 3”, с помощью которой оценивались следующие акустические параметры: время максимальной фонации (ВМФ), частота основного тона (ЧОТ), jitter (степень частотной нестабильности голоса), shimmer (степень амплитудной нестабильности голоса) индекс дисфонии (DSI), частотный и динамический диапазоны голоса, сила голоса на forte и на piano. Пациенты с органической патологией гортани, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и проводившимися ранее операциями на ОНП не включались в исследование. Пациенты, выкуривающие больше 10 сигарет в день, а также пациенты с возможным гормональным дисбалансом (например, принимающие тиреоидные гормоны или оральные контрацептивы) также были исключены. Пациенты, выкуривающие больше 10 сигарет в день, а также пациенты с возможным гормональным дисбалансом (например, принимающие тиреоидные гормоны или оральные контрацептивы), также были исключены.

При помощи видеоларингостробоскопии оценивалась подвижность обеих половин гортани, степень смыкания голосовых складок, тонус голосовых складок и симметричность слизистой волны при фонации. Эндоскопический осмотр полости носа показывал состоятельность небноглоточной функции и изменение внутриносовых анатомических структур. Всем пациентам проведена эндоназальная эндоскопическая операция на ОНП. Подгруппы пациентов были сформированы на основании типа проведенной операции.

Результаты исследования. По данным передней активной риноманометрии (ПАРМ) у всех пациентов предоперационный суммарный объемный поток и суммарное сопротивление были в пределах нормы и составляли соответственно более 600 $см^3/с$. После операции по данным ПАРМ суммарный объемный поток увеличился у 11 пациентов из 15-и в среднем на 90 $см^3/с$. Суммарный объемный поток воздуха у остальных 4 пациентов уменьшился в среднем на 20 $см^3/с$.

По данным специализированного опросника Voice handicap index (VHI), изменения голоса отметили 7 пациентов из 15 (47%) (согласно опроснику: уменьшилось ощущение сухости в горле, к концу дня «ясность» голоса стала лучше). Через 6 месяцев после операции отмечена положительная динамика по основным акустическим параметрам – средние показатели во всех подгруппах до и после операции изменились: время максимальной фонации – от 9,5 до 11,2 с; jitter – от 1,3 до 0,8%; shimmer – от 3,3 до 2,8%; индекс дисфонии – от 2 до 3,8; частота основного тона – от 178 до 221 Hz; сила голоса на piano от 54 до 46dB; сила голоса на forte от 76 до 82 dB.

Наиболее выраженные изменения акустических параметров голоса были зарегистрированы у пациентов, перенесших двустороннюю гаймороэтмоидотомию: нерегулярность смыкания голосовых складок изменилось от 1,27 до 0,75 (при норме до 1,0), нормальный уровень нормированной шумовой энергии в звуковом сигнале – от 1,2 до 0,59 dB (при норме до 1,0 dB), показатель огрубления – от 1,34 до 0,96 (при норме до 1,0).

Ларингостробоскопическая картина через 6 месяцев после операции показала: у 8 пациентов смыкание голосовых складок при фонации полноценное и регулярное на всем протяжении, слизистая волна – симметричная; у 11 пациентов из 15 уменьшилось количество слизистого отделяемого на голосовых складках.

Выводы. Основываясь на данные литературы и предварительные собственные, целесообразно перед эндоскопическим хирургическим вмешательством на ОНП информировать пациентов с хроническим синуситом, особенно голосо-речевых профессий, о возможном изменении характеристик голоса в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

УДК 616.22-006.04-072.1

КОНТАКТНАЯ ЭНДОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

Свистушкин В. М., Чучуева Н. Д.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», 119991, Москва, Россия

CONTACT ENDOSCOPY AS A METHOD OF ENHANCED EVALUATION OF LARYNX CANCER PATIENTS

Swistushkin V. M., Chuchueva N. D.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "I. M. Sechenov First Moscow State Medical University", Moscow, Russia

В клинической практике накоплен определенный опыт применения метода контактной эндоскопии in vivo в целях визуализации клеточной архитектоники поверхностных слоев слизистой оболочки органов верхнего отдела дыхательных путей, преимущественно гортани. Однако эта технология может применяться также для визуализации структуры сосудистого русла.

Цель исследования. Изучение возможностей метода контактной эндоскопии в диагностике злокачественных образований гортани с интраоперационной оценкой наличия очагов неоангиогенеза.

Пациенты и методы исследования. В проспективное исследование были включены 80 пациентов с определяющимися в ходе стандартного эндоскопического исследования в белом свете предраковыми (согласно рекомендациям ВОЗ) и злокачественными образованиями. Контактная эндоскопия проводилась под общим обезболиванием непосредственно перед хирургическим лечением. Применялся торцевой ригидный эндоскоп с возможностью 60 и 150-кратного увеличения, который устанавливался в контакт со слизистой оболочкой. В отличие от классической методики, исследование проводилось без окрашивания слизистой оболочки метиленовым синим. После забора биопсийного материала проводилось традиционное патогистологическое исследование.

Результаты исследования. У 80 пациентов при стандартной эндоскопии было диагностировано 99 новообразований гортани, каждое из которых было впоследствии исследовано интраоперационно при помощи контактного эндоскопа. Для оценки сосудистого рисунка применялась классификация изменений в строении сосудистого русла (Puxeddu). Из 46 предположительно злокачественных, по данным контактной эндоскопии, образований диагноз подтвердился в 41 случае. Нами было рассчитаны параметры диагностической эффективности, включающие точность, чувствительность, специфичность, положительной и негативной прогностической значимости.

Заключение. Метод контактной эндоскопии показал себя эффективным не только в качестве ранней диагностики злокачественных образований, но и в определении распространенности процесса.

Контактная эндоскопия является высокоинформативным неинвазивным методом диагностики, не требующим длительного времени для его проведения.

УДК 616.22-006.5-089.87

СОВРЕМЕННЫЕ МОТОРНЫЕ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА

Солдатский Ю. Л., Денисова О. А., Эдгем С. Р., Ковалец Е. С., Северин Т. В.

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

MODERN POWERED INSTRUMENTATION IN THE SURGERY OF RECURRENT RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS

Soldatskii Yu. L., Denisova O. A., Edgem S. R., Kovalets E. S., Severin T. V.

State-Financed Health Institution "Morozov Children's Clinical Hospital" of the Department of Health of Moscow, Moscow, Russia

Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) – наиболее распространенная доброкачественная опухоль верхних дыхательных путей. РРП характеризуется ростом папиллом в просвете гортани, трахеи и иногда – легких, приводящим к обструкции просвета дыхательных путей. Особенностью РРП, особенно в детском возрасте, является склонность к развитию рецидива после хирургического удаления опухоли; более того, в детском возрасте заболевание клинически может протекать злокачественно, сопровождаясь бурным ростом папиллом в просвете дыхательных путей, требующим хирургических вмешательств ежемесячно, а иногда – и чаще. В связи с развивающимся стенозом гортани больные нуждаются в постоянном врачебном мониторинге для своевременного принятия решения о необходимости хирургического вмешательства. Несмотря на пристальное внимание исследователей к проблеме РРП, она по-прежнему далека от своего решения: клиническое течение заболевания остается непредсказуемым: в некоторых случаях наступает спонтанная ремиссия после одной или нескольких операций по удалению папиллом, чаще пациенты нуждаются в десятках, а иногда – и сотнях операций на протяжении курса течения заболевания. Кроме того, патогенетически обоснованное лечение, позволяющее предупредить рецидив после хирургического удаления папиллом, не разработано. В связи с этим хирургическое удаление папиллом дыхательных путей, по сути, является паллиативным, хотя и жизненно необходимым, методом.

Клиническая симптоматика РРП хорошо известна. Первым симптомом РРП у подавляющего большинства пациентов является постепенно усиливающаяся, вплоть до афонии, охриплость. В дальнейшем, на фоне уже имеющейся более или менее выраженной охриплости, развивается постепенно усиливающийся стеноз гортани. Практика показывает, что диагноз устанавливают в течение первых 6 месяцев после появления симптомов менее чем у половины пациентов. В результате, в педиатрической практике, более 75% больных с впервые выявленным РРП, поступают в клинику с распространенной и обтурирующей формами папилломатоза гортани, и нуждаются в хирургическом лечении по экстренным и витальным показаниям.

Основные задачи хирургического лечения больных, страдающих РРП, заключаются в следующем: восстановить проходимость дыхательных путей; сохранить и восстановить голосовую функцию; избежать трахеотомии. С особой осторожностью следует удалять папилломы из области передней комиссуры в связи с высоким риском развития рубцовой мембраны. Наиболее распространенным способом удаления папиллом остается метод эндоларингеальной микрохирургии с использованием микроинструментов и (или) различных типов хирургических лазеров. В последние годы все большее распространение в оториноларингологии находят моторные системы. Благодаря разработке и внедрению в практику специальных фрез, за счет своей длины и дизайна рабочей части, позволяющих их использовать для удаления образований гортани и трахеи у пациентов любого возраста, моторные системы стало возможным использовать и в ларингохирургии.

Несомненными преимуществами микродебридера являются: сокращение длительности операции, в том числе по сравнению с операциями при помощи лазера и микроинструментов; удобство для хирурга и анестезиолога, в том числе не только благодаря минимальным размерам инструментария, вводимого в гортань, но и за счет аспирации крови во время операции одновременно с удалением папиллом; возможность тщательного удаления опухоли без повреждения интактных тканей; низкий риск осложнений при соблюдении техники операции и использовании

сертифицированного оборудования; минимальные послеоперационные реактивные явления; возможность использования инструментария не только в хирургии гортани, но и в трахее; возможность, при необходимости, дополнительного применения во время операции, лазерной техники; возможность использования во время операции как операционного микроскопа, так и обычной эндоскопической техники.

Заключение. Использование современных моторных систем для удаления доброкачественных новообразований гортани и трахеи, таких как рецидивирующий респираторный папилломатоз, благодаря своей эффективности, безопасности, быстроте операций, и относительной дешевизне, может стать «методом выбора» в ларингохирургии у пациентов любого возраста, в том числе и периода новорожденности.

УДК 616.22-008.5-08

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Станишевский Р. О.[1], Киселев А. Б.[2]

[1] ЗАО медицинский центр «Авиценна», группы компаний Мать и Дитя, 630099, г. Новосибирск, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России, 630091, г. Новосибирск, Россия

MODERN OPPORTUNITIES FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH LARINGEAL DIMENSION

Stanishevskii R. O.[1], Kiselev A. B.[2]

[1] Medical Center «Avicenna», a group of companies Mother and Child, Novosibirsk, Russia

[2] Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Novosibirsk, Russia

Нарушение голоса при аддукционном типе ларингеальной дистонии характеризуется нерегулярными повторяющимися спазмами в мышцах голосового аппарата, голос становится прерывистым, напряженным. Являясь пограничной проблемой между фониатрией и неврологией ларингеальная дистония (ЛД) остается серьезной проблемой в медицине и по сегодняшний день. Аддукторная форма – наиболее типична и наблюдается в 90% случаев. При этой форме дистоническая гиперреактивность наблюдается в мышцах – аддукторах голосовой щели (mm. cricothyroideus, cricoarytenoideus lateralis, Interarytenoideus). Гораздо реже (менее 10%) встречается абдукторная форма, при которой наблюдается гиперреактивность в m. cricoarytenoideus posterior. Еще реже встречается смешанная форма. Состояние патологически повышенного мышечного тонуса, может наблюдаться при многих неврологических заболеваниях (острое нарушение мозгового кровообращения, детский церебральный паралич, рассеянный склероз, дегенеративные заболевания ЦНС, травматические повреждения головного и спинного мозга), начавшись внезапно, постепенно прогрессирует. Стресс также является одной из причин возникновения данного заболевания, особенно у людей, чьи профессии связаны с речевыми нагрузками. Применение консервативной терапии (баклофен, сирдалуд, мидокалм и т.д.) для достижения клинически значимого эффекта приводит к развитию выраженной общей слабости, уменьшая активность больного иногда в большей степени, чем сама спастичность. Хирургические методы используются достаточно редко вследствие травматичности, необратимости последствий и наличия нежелательных реакций (боли, чувствительные расстройства, фиброз мышечной ткани в месте инъекции фенола). Основная цель лечения фокальной дистонии – достижение устойчивой ремиссии заболевания, этого можно добиться только путем регулярных повторных инъекций препаратов БТА в мышцы, участвующие в голосообразовании. Локальные инъекции БТА в мышцы-мишени – метод первого выбора в лечении большинства форм фокальных дистоний. В Новосибирске с 2011 г. под нашим

наблюдением находится 35 пациентов с ЛД, регулярно получающих курсы препаратов БТА.

Цель исследования. Сравнить методы введения препарата БТА: под контролем электромиографии монополярным игольчатым электродам, под контролем гибкого фиброскопа и эндоларингеальным шприцем под контролем гортанного зеркала.

Пациенты и методы исследования. В данное клиническое исследование включено 30 пациентов с ЛД, которые были разделены на три группы:

– I-я группа – 10 больных ЛД, которым выполнялась инъекция БТА одноразовым монополярным игольчатым электродом под контролем электромиографии;

– II-я группа – 10 больных ЛД, которым проводились инъекция БТА спинномозговой иглой 24G под контролем фиброскопа диаметром 2,5 мм;

– III-я группа – 10 больных ЛД, инъекция БТА выполнялась под контролем гортанного зеркала и разработанным для этих целей эндоларингальным шприцем. Средний возраст больных составил 51 год, женщин – 25 (80%). Учитывая, что фокальные формы дистонии встречаются в 10 раз чаще, чем генерализованные и носят сочетанный вариант изменения мышечного тонуса разных групп мышц (блефароспазм, оромандибулярная дистония, цервикальная дистония, сегментарная краниоцефальная дистония) лечение таких больных было комплексным (БТА вводился в разные группы мышц) с участием врача невролога. Доза препарата БТА подбиралась индивидуально в зависимости от формы заболевания, тяжести симптоматики, соматического статуса больного.

Пациентам наряду со стандартными общеклиническими обследованиями (сбором жалоб, анамнеза, оценкой особенностей течения заболевания), проводился эндоскопический контроль гибким фиброскопом диаметром 2,5 мм, над тонусом вестибулярных связок, состоянием слизистой оболочки и подвижности голосовых складок до и после лечения.

Результаты исследования. При введении препарата БТА одноразовым монополярным игольчатым электродом возникли трудности: портативный электромиограф «МИСТ» при его использовании создавал очень много помех, «прозвонить» нужную мышцу сложно, приходится делать неоднократно вкол игольчатым электродом, который быстро приходит в негодность и увеличивается риск подкожной гаматомы, чтобы этого избежать нужно использовать профессиональный электромиограф. Голос при этом методе восстановился у всех пациентов, 3 больным препарат БТА вводился в два этапа с временным интервалом в 14 дней.

При введении препарата БТА спинномозговой иглой 24G под контролем гибкого фиброскопа сложностей не возникло, игла под контролем зрения была введена в мышцы без дополнительных манипуляций.

При введении препарата БТА эндоларингальным шприцем под контролем гортанного зеркала сложностей также не возникло. Сконструированная игла позволяет подобрать нужный угол вкола в мышцу и нужную длину.

Таким образом, все три метода привели к восстановлению голоса у всех 30 пациентов, что доказывает эффективность применения БТА для лечения ларингальной дистонии. Пациенты, у которых имеется ларингеальная дистония, должны быть тщательно обследованы у оториноларинголога с обязательным осмотром гортани видеофиброскопом и неврологом. Совместный подход к лечению двух смежных специалистов позволяет достигнуть лучших результатов в лечении данного заболевания.

УДК 616.22-007.271-053.4-089.844

БАЛЛОННАЯ ЛАРИНГОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ

Шубин Д. И., Пряников П. Д., Грачев Н. С., Наседкин А. Н.

ФГБУ «ННПЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, 117997, Москва, Россия

BALLON LARYNGOPLASTY IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH CICATRIAL STENOSIS OF THE LARYNX.

Shubin D. I., Pryanikov P. D., Grachev N. S., Nasedkin A. N.

D. Rogachev`s National scientific practical center of children`s hematology, oncology and immunology, Moscow, Russia

Проблема стенозов воздухопроводных органов шеи (гортани и трахеи) привлекает к себе особое внимание из-за нарушения жизненноважных функций, высокой социальной значимости и, по данным ряда авторов, составляет около 30% всей патологии ЛОРорганов. С одной стороны, эта проблема решается длительным курсом многоэтапного лечения, его высокой стоимостью, но не всегда гарантирующим достижение желаемого эффекта. С другой стороны, нарушается социальная адаптация больных, особенно детского возраста, и ухудшается качество их жизни.

Основным и наиболее распространенным методом лечения хронических рубцовых стенозов гортани, в том числе и у детей, являются многоэтапные, реконструктивные дорогостоящие хирургические операции. Однако и они не гарантируют от возникновения рестенозирования.

С 2009 г. для лечения рубцовых стенозов гортани стали использовать раздуваемый в проекции рубцового сужения силиконовый баллон, или, так называемую, баллонную пластику.

Пациенты и методы исследования. За 2015–2016 гг. в отделении онкологии и детской хирургии ФГБУ «ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России методом баллонной пластики было проведено 26 операций по устранению рубцового стеноза гортани у 19 детей (12 мальчиков и 7 девочек, в возрасте от 3 мес. до 7 лет). Все пациенты являлись канюленосителями, но просвет гортани на уровне стеноза у них сохранялся не менее 5 мм в диаметре. Причиной рубцового стеноза у всех была длительная интубация трахеи.

Всем больным под эндотрахеальным наркозом (интубация через трахеостому) выполняли прямую микроларингоскопию и в сдутом состоянии вводили баллон диаметром от 5 до 8 мм. Баллон располагали в гортани таким образом, чтобы он находился четко на уровне рубцового сужения. Затем баллон раздували до 10–16 атм. и в таком состоянии удерживали в просвете гортани 1 минуту. В некоторых случаях отмечали незначительное кровотечение. В случае недостаточного расширения просвета на уровне стеноза манипуляция повторялась. После восстановления адекватного самостоятельного дыхания пациентов переводили в отделение.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде у всех больных наблюдали положительную динамику в виде улучшения дыхания через естественные дыхательные пути с закрытой трахеотомической трубкой. Детей выписывали из стационара на 5–7-е сутки после операции.

Далее пациенты находились под наблюдением в течение 6–12 мес. В результате у 17 детей через год после операции отмечали стойкое увеличение просвета гортани на уровне стеноза от 50 до 80% от исходного уровня. У двух детей после 2 подобных операций через 6 и 9 мес. выявлено рестенозирование той же локализации, что заставило прибегнуть к проведению ларинготрахеопластики с установкой Т-образной трахеотомической трубки. Таким образом, у 17 из 19 оперированных нами больных (89%) баллонная пластика рубцового стеноза гортани оказалась эффективной.

Выводы. Баллонная пластика является инновационной и перспективной технологией в лечении стенозов гортани у детей.

Она должна применяться на первых этапах лечения у детей с подобной патологией и предшествовать выполнению сложных многоэтапных хирургических вмешательств.

УДК 616.24-073.43+616.28-072.7]:612.78:378.678-057.87

МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ГОЛОСА У АБИТУРИЕНТОВ – ВОКАЛИСТОВ ТВОРЧЕСКИХ ВУЗОВ

Шульга И. А., Лебедянцев В. В., Аникин М. И.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, 460000, Оренбург, Россия

MEDICAL EXPERT ASSESSMENT OF THE VOICE FROM THE STUDENTS – VOCALISTS OF ART SCHOOLS

Shulga I. A., Lebedyancev V. V., Anikin M. I.

Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Orenburg, Russia

Изучение вокальной одаренности абитуриентов, поступающих в творческие вузы, является комплексной проблемой и включает в себя ряд аспектов, таких как вопросы профориентации, профотбора и профпрогноза этих лиц, занимая важное место в фониатрической практике (Орлова О. С., Радциг Е. Ю., 2006).

Известно, что заболеваемость голосового аппарата у студентов голосо-речевых специальностей и выпускников творческих вузов не имеет тенденции к снижению, что обусловлено изменившимися социально-экономическими условиями, ускорением темпа жизни, снижением общих показателей здоровья населения.

Таким образом, это подтверждает необходимость на раннем этапе обучения тщательного обследования ЛОРорганов голосового аппарата, профессионального отбора абитуриентов и студентов учебных заведений, готовящих «профессионалов голоса» и диспансерное наблюдение в процессе обучения.

Цель исследования. Определить влияние комплекса медико-социальных факторов в формировании голоса у студентов-вокалистов и обосновать критерии профессиональной надежности.

Пациенты и методы исследования. В исследовании участвовали 54 студента вокальных отделений Оренбургского государственного института искусств и ОМК им. М. и Л. Растроповичей, в возрасте 16–26 лет, и 46 певцов-профессионалов, в возрасте 22–54 года.

Исследована характеристика вокальных способностей на основе данных генетического анализа и фониатрического обследования. Собирался семейный анамнез, составлены родословные в целях определения максимального числа поющих родственников, а затем выявления среди них вокально-одаренных лиц с помощью анкеты-опросника. В каждой из родословных определялось общее число родственников первой и второй степени родства, число поющих родственников и вычислялось их процентное соотношение. Проводили углубленное оториноларингологическое исследование.

Вокалисты были разделены на 2 группы: первая – вокалисты с потенциальными вокальными способностями, вторая – вокалисты без потенциальных способностей.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе родословных установлено, что в семьях вокалистов достаточно высокий показатель певческого голоса. В группе вокалистов общее число родственников I и II степени родства составило 1426 человек, из них поющих 28,5%. При этом профессиональных вокалистов, окончивших вокальное отделение средне специального или высшего учебного заведения было 14,3% от числа поющих. Общее количество родственников I и II степени родства в группе студентов, не занимающихся вокальным искусством, составило 302 человека. Количество поющих родственников у данного контингента лиц составило 3,6%. Выявлено, что среди вокалистов процент поющих родственников был выше в 7,9 раз, чем в группе студентов, не занимающихся вокалом.

Голос вокалиста напрямую связан с состоянием ЛОРорганов. Поэтому проведено объективное фониатрическое и оториноларингологическое обследование. В результате обследования выявлено, что 77% страдают хроническими заболеваниями ЛОРорганов. В структуре заболеваемости ЛОРорганов у вокалистов на первом месте стоит хронический фарингит (41,7%); на втором – искривление носовой перегородки (28,6%); на третьем – вазомоторный ринит (18%); на четвёртом – компенсированная форма хронического тонзиллита (10,4%); на пятом месте – декомпенсированная форма хронического тонзиллита (1,3%).

Заболевания гортани, как правило, развиваются в результате голосовых нагрузок и влияют на качественное звучания голоса певца. При обследовании у 26% вокалистов выявлены за-

болевания гортани: на первом месте гипотонус голосовых складок (42,3%); на втором – хронический ларинготрахеит в стадии ремиссии (34,6%), на третьем – мягкие узелки голосовых связок (23,1%). Во всех случаях стробоскопическая картина была типичной для данных заболеваний – это замедление фонаторных колебаний, уменьшение их амплитуды, неполное смыкание в фазе закрытия, небольшая асинхронность колебаний. При этом субъективных жалоб пациенты не предъявляли и продолжали свою вокальную деятельность, наблюдаясь у врача-фониатра.

Анализ учебно-воспитательного процесса выявил, что суммарная учебная нагрузка в течение недели у студентов превышала нормативные величины во все сроки обучения в ОГИИ им. М. и Л. Ростроповичей на первом курсе в первом полугодии на 3,4 часа, а в ОМК на 6 часов на всех 4 курсах.

При изучении распространенности поведенческих факторов риска среди вокалистов выявлено, что половина из них пробовала курить (47,4 и 42,1%), но курят регулярно всего 5,3 и 4,8%. Вокалисты знают, что курение, употребление алкогольных напитков и наркотических средств, особенно для лиц голосо-речевых профессий, вредны. Следует отметить, что некурящих вокалистов больше, чем курящих регулярно в 14,9 раза среди вокалистов с вокальными способностями и в 17,5 раза среди вокалистов без вокальных способностей. Большинство вокалистов пробовали алкогольные напитки (52,6 и 47,1%) и примерно то же количество (37,2 и 40,2%) употребляют их ежемесячно, 100% вокалистов не пробовали наркотики.

Выводы. Полученные результаты могут быть использованы для выявления и диагностики функциональных голосовых нарушений, певческих способностей абитуриента.

Выявленные факты должны стимулировать разработку целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий как социальных, так и медицинских.

Необходимо разработать обоснование критериев профессиональной надежности у студентов-вокалистов.

УДК 616.839:616.22-009.6-08-039.73

Нейровегетативные расстройства у больных с повышенной чувствительностью гортани и их медикаментозная коррекция

Юрков А. Ю.[1,3], Накатис Я. А.[1], Шустова Т. И.[2]

[1] ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА России, 194291, Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия

[3] ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова», 190044, Санкт-Петербург, Россия

NEUROVEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERSENSITIVITY OF LARYNX AND THEIR TREATMENT

Yurkov A. Yu.[1,3], Nakatis Ya. A.[1], Shustova T. I.[2]

[1] Clinical Hospital N 122 named after L. G. Sokolov FMBA of Russia, 194291, Saint Petersburg, Russia

[2] Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

[3] Federal State Military Educational Institution of Higher Vocational Education "Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Russian Defence Ministry, Saint Petersburg, Russia

Проблема повышенной чувствительности (гиперчувствительности) гортани является актуальной как для ЛОРврачей, так и для медицины в целом. Это обусловлено тем, что в основе нарушений чувствительности лежат не столько экзогенные факторы, сколько патология различных систем организма, диагностика и лечение которых часто вызывает затруднения (Гаджимирзаев Г. А., Джамалудинов Ю. А., 1985).

При обсуждении причинно-следственных связей между патологическими изменениями в различных органах и тканях и повышенной чувствительностью слизистой оболочки гортани практически не рассматривается вопрос об участии нейровегетативных расстройств в ее развитии, не смотря на то, что роль нервной системы в регуляции деятельности гортани подчеркивается большинством авторов.

Цель исследования. Выявление нейровегетативных расстройств и их коррекция у больных с повышенной чувствительностью гортани.

Пациенты и методы исследования. В группу наблюдения вошло 45 человек, обратившихся к фониатру с жалобами на дискомфорт в области гортани, которые свидетельствовали об ее повышенной чувствительности (щекотание, першение, царапание, жжение, ощущение сухости в горле, иногда у них возникали: спазматический кашель, чувство наличия инородного тела, боли при пустом глотании). Обследование включало анамнестический анализ, объективное исследование ЛОРорганов по общепринятым методикам и с использованием видеостробоскопа, определение функционального состояния ВНС и цитологическое исследование мазков-перепечатков со слизистой оболочки гортани.

Результаты исследования и их обсуждение. При функциональной диагностике состояния ВНС у больных с повышенной чувствительностью гортани в 51% случаев отмечалась вегетативная дистония, в 67% – дисфункция ВНС. При этом недостаточное вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) отмечалось у 58% больных, а избыточное – у 9%. Адекватное ВОД лишь в 9% случаев обеспечивалось оптимальными значениями вегетативного тонуса (ВТ) и вегетативной реактивности (ВР), а в 20% – гиперреактивностью при низком ВТ, и в 4% – повышенным ВТ при низкой реактивности.

При анализе мазков-перепечатков со слизистой оболочки гортани у пациентов с повышенной чувствительностью гортани цитологическая картина свидетельствовала о наличии дистрофических изменений эпителия слизистой оболочки гортани.

Всем больным было назначено десенсибилизирующее и общеукрепляющее лечение, а также мероприятия, направленные на устранение возможных внешних (пыль, дым, перепады температур) и внутренних (нарушения мозгового кровообращения в зоне определенного сосудистого бассейна, артропатии шейного отдела позвоночника, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический тонзиллит, хрони-

ческий фарингит, эндокринные расстройства, нарушения обмена веществ, анемии и др.) причин заболевания.

Среди больных, для которых консервативное лечение оказалось малоэффективным, так как повышенная чувствительность гортани сохранялась, вегетативная дисфункция до лечения наблюдалась в 30 случаях: недостаточное ВОД – у 26 пациентов, избыточное – у четырех. На основании рекомендаций неврологов в схему лечения таких больных включили медикаментозную коррекцию состояния ВНС.

Пациенты с недостаточным ВОД получали глутаминовую кислоту по 1 таблетке (1 г) 2 раза в день в течение 4 недель или фенибут по 1 таблетке (0,25 г) 3 раза в день 3 недели. При избыточном ВОД был назначен феназепам по 1 таблетке (0,5 мг) 2 раза в день в течение 2 недель.

В результате лечения у 26 больных вегетативные параметры нормализовались, а у 4 произошло повышение вегетативной реактивности и смена недостаточного ВОД на избыточное. Чувство дискомфорта в области гортани значительно уменьшилось или исчезло полностью.

При повторном исследовании мазков-перепечатков со слизистой оболочки гортани признаков дистрофии многослойного плоского эпителия не обнаружено.

Заключение. В целом полученные результаты свидетельствуют об эффективности лечения больных с повышенной чувствительностью гортани при помощи медикаментозной коррекции состояния ВНС.

Эти мероприятия могут проводиться совместно с традиционными методами лечения или в случае их малой эффективности.

Содержание

Общие вопросы оториноларингологии

Алибеков И. М., Гуз Д. Г., Худин А. Г., Храмцов А. А.
Методы лечения доброкачественных новообразований ЛОРорганов в амбулаторных условиях 3

Алибеков И. М., Артюшкин С. А., Абдулкеримов Х. Т.
Особенности применения малоинвазивной хирургии в амбулаторных условиях (опыт работы) 4

Гилифанов Е. А., Невзорова В. А., Артюшкин С. А., Тилик Т. В., Бернатов Ю. М.
Оценка состояния верхних и нижних дыхательных путей у пациентов в период обострения ХОБЛ с помощью опросника 5

Зайцев В. А., Шахова Е. Г., Козловская С. Е., Пелих Е. В., Беркалиева Г. П.
Оценка качества жизни пациентов при заболеваниях ЛОРорганов 6

Захарова Г. П., Шабалин В. В.
Современные подходы к морфологическому исследованию биологических жидкостей 8

Исаченко В. С., Ильясов Д. М., Мельник А. М., Овчинников В. Ю., Дворянчиков В. В.
Перспективы оториноларингологической тактики лечения больных с тяжелой сочетанной травмой головы на ИВЛ 9

Кочеровец В. И.
Рациональное применение респираторных фторхинолонов: состояние и перспективы 10

Кошель В. И., Кржечковская Г. К., Кацко А. В., Кржечковская Е. А.
Маршрутизация при наблюдении лиц призывного возраста 11

Лебедянцев В. В., Шульга И. А., Лебедянцева Т. В.
Неотложная помощь врача-стоматолога при острой дыхательной недостаточности на амбулаторном приеме 13

Мардиян М. А., Чопикян А. С., Дунамалян Р. А.
О распространенности ЛОР-заболеваний в Республике Армения 14

Нехаева Е. А., Пискунов И. С., Пискунов В. С.
Комплексная лучевая диагностика внутричерепных ото- и риносинусогенных осложнений 15

Сидоренко Д. Р., Терскова Н. В., Вахрушев С. Г.
Целевая детекция респираторных нарушений 16

Тузиков Н. А., Кривопалов А. А., Шарданов З. Н., Артюшкин С. А.
Клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи больным с ото- и риносинусогенными внутричерепными осложнениями 17

Тырнова Е. В., Алешина Г. М., Янов Ю. К., Кокряков В. Н.
Оценка эпителиальной экспрессии гена бета-дефенсина-2 человека в слизистой оболочке верхних дыхательных путей 19

Чойнзонов Е. Л., Кульбакин Д. Е., Гарбуков Е. Ю., Мухамедов М. Р.
Современные принципы реконструктивно-пластических операций у пациентов с местно-распространенными опухолями головы и шеи 21

Шаталов В. А., Кривопалов А. А., Шервашидзе С. В., Зайченко С. С., Тузиков Н. А.
Анализ эффективности клинического алгоритма оказания медицинской помощи больным с отогенными и риносинусогенными гнойно-воспалительными внутричерепными осложнениями 22

Шервашидзе С. В., Кривопалов А. А., Шаталов В. А.
Характеристика микробиоты пациентов с отогенными и риносинусогенными внутричерепными гнойно-воспалительными осложнениями 23

Вопросы детской ЛОР-патологии

Абдулкеримов Х. Т., Колесникова А. В., Карташова К. И., Абдулкеримов З. Х.
Взаимосвязь показателей антиоксидантного статуса у пациентов с гипертрофией носоглоточной миндалины 25

Алексеева Л. Б., Павлов П. В., Захарова М. Л.
Мета-анализ пренатальной диагностики врожденных пороков развития верхних дыхательных путей . . . 26

Безрукова Е. В., Хмельницкая Н. М., Махмудов Р. Ч.
Особенности морфологических изменений небных миндалин при хроническом тонзиллите у детей 27

Верезгов В. А., Павлов П. В., Бреусенко Д. В.
Хирургическое лечение врожденной атрезии ХОАН без применения эндоназальных стентов в послеоперационном периоде 28

Вихнина С. М., Савенко И. В., Бобошко М. Ю.
Слуховые нарушения у детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией 29

Герасименко Н. В., Егоров В. И., Самбулов В. И.
Отогенные внутричерепные осложнения у детей 30

Гуляева Л. В., Золотарева М. А., Муранова В. В.
Острые средние отиты у детей младшего возраста 31

Гусева Е. Д., Ханова А. К., Попко В. И.
Чувствительность лабораторных методов диагностики сезонного аллергического ринита у детей 33

Денисова О. А., Солдатский Ю. Л., Горбунова Е. Д., Ерашов М. А.
Использование двойного доступа в хирургическом лечении осложненных переломов нижней стенки орбиты у детей 34

Еремина Н. В.
Проблема острых отитов у детей: дифференциальная диагностика и лечебная тактика 35

Захарова М. Л., Павлов П. В.
Врожденные и приобретенные параличи гортани у детей 36

Извин А. И., Кузнецова Н. Е.
Предикторы развития латентных мастоидитов у детей 38

Ишанова Ю. С., Зоненко О. Г., Рахманова И. В.
Состояние слуховой функции у детей, больных муковисцидозом 39

Климова И. И., Аристова-Боровикова О. В., Ахтямов Д. Р., Зорин Н. А., Зорина Р. М.
Изменение концентрации лактоферрина и интерлейкина-8 в сыворотке крови детей, страдающих острым гнойным гайморитом 40

Коваленко С. Л.
О терапии острого среднего отита у детей младшего возраста 42

Козляков Е. С., Богатырёв В. Г.
О работе детского оториноларингологического отделения в 2016 г. 44

Королева И. В., Коркунова М. С.
Использование интернет-технологий в реабилитации детей с нарушениями слуха раннего возраста 47

Котов Р. В., Матроскин А. Г., Шеламова В. Н.
Патологические изменения в полости носа и носоглотке у недоношенных детей в первом полугодии жизни 48

Крюков А. И., Ивойлов А. Ю., Яновский В. В., Мепаришвили А. С., Морозова З. Н.
Баллонная тубопластика в лечении детей с экссудативным средним отитом 49

Крюков А. И., Ивойлов А. Ю., Гаров Е. В., Гуров А. В., Ибрагимова З. С.
Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита с холестеатомой в детском возрасте 51

Крюков А. И., Ивойлов А. Ю., Тардов М. В., Архангельская И. И.
Полисомнографическая характеристика синдрома обструктивного апноэ сна у детей с патологией лимфоглоточного кольца 52

Кузовков В. Е., Сугарова С. Б., Лиленко А. С., Клячко Д. С., Шапорова А. В.
Оптимизация проведения кохлеарной имплантации у детей 53

Кунельская В. Я., Ивойлов А. Ю., Шадрин Г. Б., Мачулин А. И.
Лечение грибкового наружного отита у детей 54

Кунцман П. Э., Сыртланов А. Р., Савельева Е. Е.
Малоинвазивные методы лечения рубцовых стенозов гортани и шейного отдела трахеи у детей 56

Левина Е. А., Королева И. В., Кузовков В. Е., Шашукова Е. А., Аносова Л. В.
Реабилитация пациентов со слуховой нейропатией после кохлеарной имплантации 57

Марченко А. С., Егоров В. И.
Туберкулез среднего уха – клинический случай 58

Матроскин А. Г., Рахманова И. В., Дьяконова И. Н., Лебедева С. Ю., Донин И. М.
Оценка характеристик отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения и данных тимпанометрии у детей, рожденных с экстремально низкой массой тела 59

Мкртчян С. А., Шукурян А. К.
Оценка эффективности профилактики лор-заболеваний среди школьников с помощью опросника SF 36 . 60

Молодцова Е. В., Юнусов А. С.
Хирургическая реабилитация при перфорациях перегородки носа в детском возрасте 62

Никитин Н. А., Пискунов В. С.
Спонтанная назальная ликворея в детском возрасте 63

Николаева А. И., Добрецов К. Г.
Скрининговое обследование слуха у детей младшего школьного возраста 64

Очилов Р. Т., Начаров П. В., Дроздова М. В.
Плазменный фибронектин в системе гемостаза у детей с патологией лимфоэпителиального глоточного кольца 66

Песчаный В. Г.
Оценка эффективности фотодинамической терапии у детей с хроническим тонзиллитом 67

Полищук Т. В., Саенко Л. А., Ус Е. В., Разинькова И. А.
Применение лазеротерапии в комплексном лечении гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита 69

Преображенская Ю. С., Дроздова М. В.
Персистирующая герпесвирусная инфекция у детей с сенсоневральной тугоухостью 70

Пудов Н. В., Пудов В. И.
Результаты использования объективного метода настройки речевого процессора у детей дошкольного возраста с аномалией среднего уха 71

Рахманова И. В., Дьяконова И. Н., Бурмистрова Д. С., Ишанова Ю. С.
Состояние слуховой функции к году жизни у недоношенных детей после приема ототоксических препаратов 72

Рябинин А. Г., Юнусов А. С., Ларина Л. А., Молчанова Е. Б., Рябинин В. А.
Разновидности физиотерапии в реабилитационном процессе детей с аномалиями органа слуха 73

Сидоренко Д. Р., Терскова Н. В.
Респираторные нарушения у детей с хроническим аденоидитом 75

Скродерис А. А., Кокорина В. Э.
Об особенностях течения хронического аденоидита у детей, проживающих на Дальнем Востоке 76

Царапкин Г. Ю., Ивойлов А. Ю., Арзамазов С. Г.
Возрастные особенности гистологического строения глоточной миндалины у детей и взрослых 78

Шамсидинов Б. Н., Гаффарова М. А., Халимова Т. Р.
Об особенностях тактики лечения детей с папилломатозом гортани 79

Шахова Е. Г., Зайцев В. А., Пелих Е. В., Козловская С. Е., Беркалиева Г. П.
Эпидемиология тугоухости у детей в Волгоградском регионе 80

Шилова М. А., Еловиков А. М., Наговицына Е. А., Шабунин Д. В.
Изменение клиники мастоидита у детей 81

Шустова Т. И., Юрков А. Ю., Самотокин М. Б.
Вегетативная иннервация глоточной миндалины у детей с хроническим аденоидитом 82

Щербик Н. В., Юнусов Р. Ш., Староха А. В., Плешко Р. И., Кологривова Е. Н.
Скрининговое анкетирование в оценке эффективности иммунотерапии экссудативного среднего отита у детей 83

Юнусов А. С., Ларина Л. А., Молчанова Е. Б., Рябинин А. Г.
Хирургический доступ при удалении юношеской ангиофибромы основания черепа в зависимости от возраста 84

Патология наружного и среднего уха

Аникин И. А., Еремин С. А., Салихова Г. С.
Особенности приобретенных атрезий перепончато-хрящевого отдела наружного слухового прохода и их влияние на эффективность хирургического лечения 86

Аникин И. А., Хамгушкеева Н. Н.
Инфракохлеарный способ хирургического лечения пациентов с инфралабиринтной-апикальной холестеатомой пирамиды височной кости 88

Аникин М. И., Багаутдинов А. А.
Способ забора височной кости 89

Гончаров О. И., Аникин И. А.
Тактика хирургического лечения при различных видах изолированных аномалий среднего уха 90

Горбунов А. В., Дубинец И. Д., Коркмазов А. М., Петров А. С.
Распространенность заболеваний уха и сосцевидного отростка среди жителей Челябинской и Курганской областей 92

Дубинец И. Д., Горбунов А. В., Коркмазов М. Ю., Смирнов А. А.
Анализ динамики оперативных вмешательств у пациентов с хроническим гнойным средним отитом города Челябинска 93

Захарова Г. П., Шабалин В. В., Аникин И. А., Астащенко С. В., Сапоговская А. С.
Экспресс-диагностика двигательной функции реснитчатого эпителия слуховой трубы при хирургическом лечении пациентов с хроническим гнойным средним отитом 94

Исаев В. М., Егоров В. И., Мустафаев Д. М., Исаев Э. В.
Лазерная хирургия дисфункций слуховой трубы 96

Конушкин В. А., Щербик Н. В., Староха А. В.
Использование ультразвука в предоперационной диагностике у пациентов с экссудативным средним отитом 97

Коровин П. А.
Способ лечения инфицированной вялогранулирующей раны заушной области при хирургическом лечении острого мастоидита 99

Коцеруба А. А., Назарук Е. И.
Злокачественный наружный отит 100

Кривопалов А. А., Янов Ю. К., Щербук А. Ю., Рубин А. Н., Артюшкин С. А., Шарданов З. Н.
Частота встречаемости отогенных гнойно-воспалительных внутричерепных осложнений 101

Крюков А. И., Романенко С. Г., Мосейкина Л. А., Федорова О. В., Киселюс В. Э.
Статистика стапедопластик у больных отосклерозом в Москве 102

Кузовков В. Е., Янов Ю. К., Левин С. В., Сугарова С. Б., Лиленко А. С.
Альтернативный вариант установки импланта среднего уха у пациентов с хроническим средним отитом 103

Кузьмин Д. М., Жорина А. С., Пащинин А. Н., Привалова Ж. В.
КТ-диагностика хирургического лечения отосклероза 104

Кунельская Н. Л., Гаров Е. В., Зеликович Е. И., Загорская Е. Е., Киселюс В. Э.
Диагностика облитерирующих форм отосклероза. 105

Логаткин С. М., Кузнецов М. С.
Оценка воздействия специального звукового сигнала на подопытных животных 106

Новожилов А. А., Абубакиров Т. Э., Бабаев С. Ю., Диленян А. Л., Гаязов Т. Ф.
Результаты хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом 107

Полякова С. Д., Батенева Н. Н., Некрасова Е. А.
Комплексное лечение больных с травматическим отитом 108

Сайдулаев В. А., Мухтаров К. М., Шпотин В. П., Григорьева А. А., Ефремов А. Л.
Результаты гистологического исследования пластического материала в отдаленном периоде после мастоидопластики 109

Семенов Ф. В., Скибицкая Н. Ф.
Применение биологического клея на основе сульфакрилата при оссикулопластике у больных хроническим гнойным средним отитом 110

Струнина Е. Ю.
Редкий случай туберкулеза среднего уха 112

Трубушкина Е. М., Кошель В. И.
Особенности бактериальной флоры при хроническом гнойном среднем отите и ее влияние на характер инфекционного процесса 113

Патология внутреннего уха. Вестибулология. Аудиология

Абдулкеримов Х. Т., Карташова К. И., Абдулкеримов З. Х., Колесникова А. В.
О применении динамической коррекции активности симпатической нервной системы в лечении больных с хронической сенсоневральной тугоухостью. 115

Бобошко М. Ю., Жилинская Е. В., Мальцева Н. В., Гарбарук Е. С., Важыбок А., Кольмейер Б.
Диагностика центральных слуховых расстройств с применением русского матриксного фразового теста . 116

Бойко С. Г.
Особенности липидного профиля и состояние слуховой функции у лиц, работающих в условиях одностороннего производственного шума (телефонисты). 118

Владимирова Т. Ю.
Отоакустическая эмиссия на частоте продукта искажения в диагностике нарушений слуха 119

Владимирова Т. Ю., Попов М. Н., Куренков А. В.
Характеристика лиц с профессиональной нейросенсорной тугоухостью 120

Владимирова Т. Ю., Храппо Н. С., Барышевская Л. А., Струнина Е. Ю., Осипов Л. Б.
Шейный миофасциальный синдром как причина кохлеовестибулярных расстройств. 121

Воронов В. А., Демиденко Д. Ю., Левин С. В., Барсуков А. Ф., Артюшкин С. А.
Вестибулярная пароксизмия. 122

Голованов А. Е., Морозова М. В., Кобзаренко Н. А.
Профилактика укачивания комбинацией тренировочных стабилометрических методов
с транскраниальной электростимуляцией. 123

Егоров В. И., Козаренко М. А.
К обследованию больных с хроническими периферическими вестибулопатиями 124

Золотова Т. В., Дубинская Н. В., Давыдова А. П.
Содержание кальция и его регуляторов в сыворотке крови больных с сенсоневральной тугоухостью 125

Клячко Д. С., Пудов Н. В., Гауфман В. Е.
Объективные методы настройки для реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации 126

Кравцова Е. Н., Горностаева С. В., Головчанская Е. В.
Проблема гипердиагностики отолитолитиаза 127

Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Гаров Е. В., Степанова Е. А., Янюшкина Е. С.
Способ нейровизуализации эндолимфатического гидропса лабиринта при болезни Меньера 129

Кузовков В. Е., Лиленко А. С., Сугарова С. Б., Костевич И. В., Нессипбаева А. А.
Хирургическая тактика при проведении кохлеарной имплантации у пациентов с оссификацией
нисходящего отдела базального завитка улитки 130

Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Никиткина Я. Ю., Янюшкина Е. С., Негребова М. М.
Особенности диагностики субъективного ушного шума 132

Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Манаенкова Е. А., Никиткина Я. Ю.
Влияние коррекции дефицита витамина Д на частоту рецидивов доброкачественного пароксизмального
позиционного головокружения 133

Кунельская Н. Л., Яцковский А. Н., Мищенко В. В., Иванчиков А. А.
Клинико-нейровизуальные критерии нейроваскулярного конфликта преддверно-улиткового нерва 134

Лазарева Л. А., Музаева Б. Р.
Применение способа скрининговой диагностики сенсоневральных нарушений слуха у взрослых. 136

Левин С. В., Клячко Д. С., Пудов В. В., Левина Е. А.
Локализация источника сигнала у пациентов после кохлеарной имплантации 138

Левина Е. А., Левин С. В., Серова Е. Э., Кузовков В. Е., Астащенко С. В.
Кохлеарная имплантация у пациентов с ушным шумом. 139

Лиленко С. В., Лиленко А. С., Сугарова С. Б.
Компьютеризированная оценка постурального дисбаланса при болезни Меньера 140

Миронов В. Г., Касаткин А. Н., Овчаренко А. П., Гаврилов Е. К.
Современные аспекты акубаротравмы слуховой системы при взрывных ранениях. 142

Морозова М. В., Голованов А. Е.
Электрокохлеография как современный метод оценки гидропса лабиринта. 143

Накатис Я. А., Силкина А. В.
Современный взгляд на проблему дифференциальной диагностики периферических и центральных
расстройств вестибулярной системы 144

Никитин Н. И., Сыроежкин Ф. А., Данилов Ю. П.
Подавление ушного шума с использованием транслингвальной нейростимуляции 146

Никонов Н. А., Черницкий А. Н., Манукян Р. Х., Батенева Н. Н.
Влияние шума на функцию слуха у рабочих горнорудного комбината 147

Райцелис И. В., Шульга И. А.
Влияние производственной среды на формирование профессиональной тугоухости у рабочих
газоперерабатывающего производства 148

Резакова Н. В., Казакова А. А., Кунельская Н. Л., Гехт А. Б., Бирюкова Е. В.
Эффективность терапии субъективного ушного шума с применением нейробиоуправления 149

Янов Ю. К., Кузовков В. Е., Лиленко А. С., Костевич И. В., Сугарова С. Б.
Влияние анатомии области «рыболовного крючка» (hook region) на выбор хирургической техники
кохлеарной имплантации 150

Патология глотки

Арнольдов С. В., Степанов Е. Н., Алдаев А. С.
Радиоволновая объемная редукция небных миндалин 152

Бакулина Л. С., Новосельцева Т. Д., Жданова И. Ю., Ярцев А. И., Матвеева В. Н.
Иммунологический статус у больных паратонзиллитом при комплексной антиоксидантной терапии 153

Барышевская Л. А., Владимирова Т. Ю., Лямин А. В., Кондратенко О. В., Великанов А. К.
О консервативной терапии хронического тонзиллита 154

Владимирова Т. Ю., Родионова С. В., Лямин А. В., Айзенштадт Л. В.
Фитотерапия в лечении хронического тонзиллита 155

Ворожцов И. Н., Грачев Н. С., Полев Г. А., Шубин Д. И.
Качество жизни после трансназального эндоскопического удаления 34 ювенильных ангиофибром носоглотки и основания черепа 156

Горностаева С. В., Сускина М. С., Кравцова Е. Н.
Актуальность проблемы парафарингита 157

Дворянчиков В. В., Подсвиров В. И., Черныш А. В.
Клинические и прогностические аспекты патологии небных миндалин и аппендикса 158

Извин А. И.
Ингаляционная терапия у больных хроническим тонзиллитом после тонзиллэктомии 160

Икромов М. К.
Оптимизация тактики хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа 161

Казакова А. А., Романенко С. Г., Резакова Н. В., Гехт А. Б., Лесогорова Е. В.
Синдром «ком в горле» – сравнение результатов комплексного обследования пациентов с выявленными расстройствами тревожно-депрессивного спектра и пациентов без невротической патологии..... 162

Касаткин А. Н., Кокорина О. В., Дворянчиков В. В.
Влияние хитозана на заживление ран слизистой оболочки полости рта..... 164

Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Иванчиков А. А., Арзамазов С. Г., Панасов С. А.
Выявление топографо-анатомических особенностей кровоснабжения небных миндалин в целях профилактики кровотечений при тонзиллэктомии..... 165

Кумышева М. М.
Особенности течения хронического тонзиллита при различных патологиях полости носа и околоносовых пазух 166

Кунельская Н. Л., Царапкин Г. Ю., Арзамазов С. Г., Панасов С. А.
Альтернативный способ доставки лазерного излучения в носоглотку при выполнении аденотомии у взрослого контингента больных..... 168

Мирзоева Е. З., Портенко Г. М., Портенко Е. Г., Шматов Г. П.
Применение обучающего алгоритма «деревья классификации» для усовершенствования дифференциальной диагностики хронического тонзиллита и хронического фарингита 169

Нестерова К. И., Багишева Н. В., Иващук Е. В.
Ингаляционные глюкокортикостероиды. Польза и риск 170

Нестерова К. И., Лавренова Г. В., Нестерова А. А., Яременко К. В.
Особенности микробного пейзажа при хроническом тонзиллите у лиц старших возрастных групп..... 171

Петрова Н. Н., Паньшина В. С., Фигуровский А. П., Фанта А. И.
Заболеваемость верхних дыхательных путей у работников деревообрабатывающего предприятия 173

Пирогов Н. Н., Портенко Е. Г., Столяров Д. И.
Алгоритм диагностики больных хроническим фаринготонзиллитом, ассоциированным с герпесвирусами 174

Чарушин А. О., Еловиков А. М., Чарушина И. П., Воробьева Н. Н.
Кандидоз полости рта и глотки на разных стадиях ВИЧ-инфекции 175

Шахова Е. Г., Козловская С. Е., Зайцев В. А., Пелих Е. В., Беркалиева Г. П.
Клинические наблюдения свищей глотки 176

Шульга Е. И., Шульга И. А., Коркмазов М. Ю.
Отдаленные результаты консервативного лечения хронического тонзиллита Бионом-3..... 177

Юркин С. А.
Оптимизация лечения хронического тонзиллита 179

Патология носа и околоносовых пазух

Абдулкеримов Х. Т., Абдулкеримов З. Х., Рудзевич А. В., Абдулкеримов Т. Х.
Консервативная коррекция назальной обструкции у пациентов с патологией слезных путей 180

Абдулкеримов Х. Т., Абдулкеримов З. Х., Рудзевич А. В., Карташова К. И., Абдулкеримов Т. Х.
Применение динамической коррекции активности симпатической нервной системы в лечении хронического вазомоторного ринита 181

Абраменко М. А., Пискунов И. С., Пискунов В. С.
О причинах возникновения пневмосинуса 182

Алибеков И. М., Фатахова М. Т.,Чумак К. С., Москалев В. А., Калядина О. В., Гаджимуратова А. А.
Возможности современной ринохирургии в условиях дневного стационара 184

Ачба Р. Р., Мельник А. М., Дворянчиков В. В.
Качественная и количественная оценка морфологических изменений слизистой оболочки у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом 185

Бакулина Л. С., Лобеева А. С., Машкова Т. А., Мальцев А. Б.
Эффективность антиоксидантной терапии больных острым гнойным риносинуситом 186

Безрукова Е. В., Симбирцев А. С.
Применение иммуномодулирующей терапии в лечении острого назофарингита 187

Белякова Р. А., Портенко Е. Г.
Аллергический ринит у лиц пожилого возраста: возможности лечения 189

Будковая М. А., Захарова Г. П., Шабалин В. В.
Противорецидивная терапия полипозного риносинусита у пациентов с патологией бронхолегочной системы 190

Владимирова Т. Ю., Храппо Н. С., Степанов Е. Н.
С-реактивный белок в оценке эффективности лечения острого гнойного синусита 192

Владимирова Т. Ю., Чернышенко И. О., Нефедова Н. С.
Одноэтапная экстракорпоральная септопластика и коррекция клапана носа у пациентов с искривлением перегородки носа 193

Власова М. М., Пискунов И. С., Пискунов В. С., Никитин Н. А.
Диагностика спонтанной назальной ликвореи и ее рецидивов с помощью компьютерной томографии . . . 194

Волков А. Г., Синельников Р. И.
Звуковой скрининг-тест в диагностике фронтитов 195

Волков А. Г., Стагниева И. В., Гукасян Е. Л., Киселев В. В., Манченкова И. И.
Дифференциальная диагностика острого катарального и гнойного риносинусита по цитокиновому профилю 197

Воронов А. В., Смирнова А. С.
Варианты пластики медиальной стенки орбиты 198

Гаджимирзаев Г. А., Гаджимирзаева Р. Г.
Организационные вопросы при носовых кровотечениях 200

Гаджимирзаев Г. А., Тулкин В. Н., Гаджимирзаева Р. Г.
Тактика гемостаза при кровотечениях из задних отделов полости носа 201

Гайворонский А. В., Даминов Ю. Э., Неронов Р. В.
Хирургическое лечение синдрома упорных головных болей при хроническом гнойном синусите 202

Гайворонский А. В., Трофимова Т. Н., Гудзь А. А., Даминов Ю. Э., Неронов Р. В.
Рентгенологические признаки латентных синуситов 203

Гилилов В. И., Лазаренко Н. Н.
Динамика вегетативного баланса под влиянием комплексного лечения у больных с патологией перегородки носа 204

Глазьев И. Е., Пискунов И. С., Пискунов В. С.
Значение воздушного дренажа верхнечелюстной пазухи при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах 205

Головчанская Е. В., Кравцова Е. Н., Игнатьева Е. Л.
Трудности диагностики NK\T-клеточной лимфомы назального типа 206

Добрынин К. Б., Портенко Г. М.
Сочетанный способ лечения полипозно-гнойного риносинусита 208

Завалий М. А., Завалий А. А., Кубышкин А. В., Балабанцев А. Г.
Динамика уровня активности неспецифических протеиназ и их ингибиторов у больных острыми риносинуситами 209

Завалий М. А., Кубышкин А. В., Завалий А. А., Балабанцев А. Г.
Влияние мукоактивной терапии на состояние показателей протеиназ-ингибиторной системы у больных с острым гнойным риносинуситом 210

Карасева Р. С., Коркмазов А. М.
Совершенствование анестезиологического пособия в хирургии полости носа и околоносовых пазух 212

Козырева Д. В., Рыбалкин С. В.
Патогенетическое значение морфометрических размеров concha bullosa и среднего носового хода для развития хронического верхнечелюстного синусита 213

Кокорина В. Э., Васильева Ю. О.
Влияние хирургической коррекции носовой обструкции на выраженность цефалгии 215

Кокорина О. В., Боева В. И., Дворянчиков В. В.
Некоторые вопросы ассоциации полиморфизма гена лактазы lct (тс-13910; сс-13910) и хронического полипозного риносинусита 216

Котяков А. А., Родионова С. В., Мирошниченко А. П., Владимирова Т. Ю.
Видеоэндоскопическая эндоназальная хирургия инвертированных папиллом полости носа и околоносовых пазух 217

Крылова Т. А., Завалий М. А., Балабанцев А. Г.
Особенности диагностики поллинозов в практике оториноларинголога 219

Крюков А. И., Плавунов Н. Ф., Царапкин Г. Ю., Товмасян А. С., Гунина М. В.
Статистические аспекты носовых кровотечений 220

Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Колбанова И. Г., Гунина М. В., Какорин А. С.
Анализ оказания медицинской помощи больным с носовыми кровотечениями в стационарах Москвы . . . 221

Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Товмасян А. С., Федоткина К. М., Горовая Е. В.
Эндоназальный хирургический доступ к верхнечелюстному синусу через crista conchalis верхнечелюстной кости 222

Лавренова Г. В., Глухова Е. Ю., Кучерова Л. Р., Митина А. О.
Иммуно- и криотерапия заболеваний носа и околоносовых пазух 223

Лазарева Л. А., Дорофеева Ю. И., Скибицкий В. В.
Эффективность использования комплексных средств с бактериофагами в гелевой форме в профилактических и лечебных мероприятиях при рецидивирующем риносинусите у беременных 224

Ларин Р. А., Шахов А. В.
Изолированный сфеноидит в рутинной клинической практике многопрофильного стационара 226

Лопатин С. Б., Борзов Е. В., Соколов Р. О., Лариков Е. М., Жабурина М. В.
Хирургическое лечение вазомоторного ринита в условиях ЛОР-стационара 227

Морозов А. Д.
Выбор тактики ринохирургии: прогностическое значение соматической патологии и оценки качества жизни 229

Морозов И. И., Грачев Н. С., Наседкин А. Н.
Использование височной аутофасции в пластике послеоперационных перфораций перегородки носа 230

Мусатенко Л. Ю.
Хирургическое лечение сочетанной патологии носа с использованием гольмиевого лазера 231

Мустафаев Д. М., Гилилов В. И.
Ринофима – наш опыт лечения 232

Назарочкин Ю. В., Степанович О. В., Григорьева А. А., Стройков М. А., Объетанов А. А.
Остеобластокластома верхней челюсти у больного ренальной остеодистрофией 233

Накатис Я. А., Конеченкова Н. Е., Рымша М. А.
Междисциплинарный подход к диагностике и лечению заболеваний носа и околоносовых пазух в пожилом и старческом возрасте 234

Овчинников В. Ю., Исаченко В. С., Татаринцев С. Г.
Повышение эффективности лечения больных острым риносинуситом путем вентиляции полости носа и околоносовых пазух непрерывным потоком воздуха 236

Остринская Т. В., Жуманкулов А. М.
Реконструкция пострезекционных дефектов верхней челюсти и мягких тканей щеки свободным сложным кожно-мышечно-костным лоскутом угла лопатки 237

Перминов А. Б., Сакович А. Р.
Оценка тяжести острого двустороннего верхнечелюстного синусита по данным визуальной аналоговой шкалы 238

Пестова Р. М., Янборисов Т. М., Савельева Е. Е.
Полиоссальная форма фиброзной дисплазиии с поражением нижней носовой раковины 239

Полев Г. А., Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Авдеева К. С.
Трансоральный эндоскопический доступ к верхнечелюстной артерии в подвисочной ямке: анатомическое исследование и клинические примеры 240

Полоников А. В., Пискунов В. С., Мезенцева О. Ю., Бушуева О. Ю., Левченко А. С.
Генетические предпосылки хронического риносинусита 241

Пустовит О. М., Наседкин А. Н., Исаев Э. В., Кузьмин М. В.
Применение 0,9% раствора хлорида натрия, кавитированного низкочастотным ультразвуком, в хирургии нижних носовых раковин и перегородки носа 242

Ремизова Е. А., Умпиерре Яньес Э. Э., Сипкин А. М., Русанова Е. В.
Микробиологическая характеристика перфоративных форм одонтогенного верхнечелюстного синусита. 243

Решетник П. В., Пискунов И. С., Глазьев И. Е.
Особенности метаболизма 18F-ФДГ в дифференциальной диагностике продуктивных патологических процессов в околоносовых пазухах при сочетанной ПЭТ-КТ 244

Сакович А. Р.
С-реактивный белок, иммуноглобулин А и тип адаптации у пациентов с острым гнойным синуситом 246

Типикин В. П.
Значимость показателей акустической ринометрии и передней активной риноманометрии в исследовании функции носового дыхания при деформациях наружного носа 247

Хрусталева Е. В., Нестеренко Т. Г.
Влияние патологии полости носа на течение одонтогенного синусита 248

Хрусталева Е. В., Нестеренко Т. Г.
О классификации одонтогенного синусита 249

Царапкин Г. Ю., Артемьева-Карелова А. В., Горовая Е. В.
Выбор хирургической тактики при хроническом вазомоторном рините 251

Царапкин Г. Ю., Товмасян А. С., Усачева Н. В.
Диагностика патологии носового клапана 252

Черных Н. М., Носуля Е. В., Ким И. А.
Взаимосвязь эндокринных расстройств и нарушения носового дыхания 254

Чернышева М. М., Егоров В. И., Голубовский Г. А.
Применение экзогенного оксида азота при ринохирургических вмешательствах 255

Патология гортани, трахеи. Фониатрия, фонопедия

Гилифанов Е. А., Невзорова В. А., Артюшкин С. А., Тилик Т. В., Прохоренко Т. В., Бернатов Ю. М.
Оценка динамики лечения пациентов с хроническим ларингитом в период стабильного течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) 256

Егоров В. И., Симбирцев А. С., Мустафаев Д. М., Кочнева А. О.
Исследование эффективности терапии препаратом Интерфераль при комбинированном лечении папилломатоза гортани взрослых 257

Инкина А. В., Русанова Е. В.
Микробный пейзаж слизистой оболочки дыхательных путей у больных рубцовыми стенозами гортани и трахеи 259

Кирасирова Е. А., Резаков Р. А., Лафуткина Н. В., Мамедов Р. Ф., Пиминиди О. К.
Особенности развития послеоперационных осложнений у больных рубцовым стенозом гортани и трахеи после реконструктивных операций. 260

Кирасирова Е. А., Кузина Е. А., Лафуткина Н. В., Пиминиди О. К., Мамедов Р. Ф.
Пункционно-дилятационная и стандартная трахеостомии в отделении реанимации 261

Климов А. Н., Малыхина Е. Г., Куц Б. В., Ушаков В. С.
Об одноэтапной реконструкции дыхательных путей при хронических стенозах гортани и трахеи. 262

Комарова Ж. Е., Наседкин А. Н., Селин В. Н., Тюкин В. Ю.
Повышение эффективности реконструктивных операций на гортани и трахее путем использования низкоинтенсивного лазерного воздействия 264

Конойко Н. С., Качанова С. Г.
Фонопедическая коррекция голосовой функции у пациентов, перенесших ларингэктомию 265

Кунельская Н. Л., Романенко С. Г., Павлихин О. Г.
Кровоизлияния в голосовую складку. Этиопатогенез и тактика лечения 266

Лазарева Л. А., Байкина Е. В.
Прогнозирование риска развития сенсоневральных нарушений у больных с функциональными и органическими дисфониями 268

Малеев Ю. В., Неровный А. И., Голованов Д. Н.
Хирургическая анатомия подподъязычной области в аспекте трахеостомии 269

Малыхина Е. Г., Климов А. Н., Куц Б. В., Ушаков В. С.
Возможности аутофлюоресцентной видеоэндоскопии и компьютерной томографии в ранней диагностике злокачественных новообразований гортани 270

Мустафаев Д. М., Гилилов В. И.
Амилоидоз дыхательных путей – наш опыт лечения 271

Мухамедов М. Р., Кульбакин Д. Е., Чойнзонов Е. Л., Староха А. В., Гюнтер В. Э.
Реконструктивно-пластические операции с применением имплантатов из никелида титана в реконструктивной хирургии больных раком гортани 273

Мухамедов М. Р., Спивакова И. О., Старцева Ж. А., Кульбакин Д. Е., Староха А. В.
Применение локальной гипертермии в лечении местно-распространенного рака гортани и гортаноглотки 274

Орлова О. С., Осипенко Е. В., Гаращенко Т. И., Эстрова П. А.
Социально значимый проект «школы голоса» – путь к здоровью и успеху 276

Остринская Т. В., Жуманкулов А. М., Анисимова А. В.
Варианты первичной реконструкции пищепроводного пути при злокачественных опухолях гортаноглотки и шейного отдела пищевода 277

Родионова О. И., Конойко Н. С.
Дисфония в детском возрасте 278

Савенок А. В., Кокорина В. Э., Ташкинов Н. В.
Оптимизация хирургического лечения повреждений возвратного нерва после оперативных вмешательств на щитовидной железе 280

Свистушкин В. М., Карпова О. Ю., Мейтель И. Ю.
Трудности диагностики и лечения больных посткоклюшным ларингоневрозом (собственный опыт) 281

Свистушкин В. М., Старостина С. В., Аветисян Э. Е.
Влияние эндоскопической хирургии околоносовых пазух на акустические параметры голоса 282

Свистушкин В. М., Чучуева Н. Д.
Контактная эндоскопия как метод диагностики злокачественных образований гортани 284

Солдатский Ю. Л., Денисова О. А., Эдгем С. Р., Ковалец Е. С., Северин Т. В.
Современные моторные системы в хирургическом лечении рецидивирующего респираторного папилломатоза 285

Станишевский Р. О., Киселев А. Б.
Современные возможности лечения пациентов с ларингеальной дистонией 286

Шубин Д. И., Пряников П. Д., Грачев Н. С., Наседкин А. Н.
Баллонная ларингопластика при лечении детей с рубцовыми стенозами гортани 288

Шульга И. А., Лебедянцев В. В., Аникин М. И.
Медицинская экспертная оценка голоса у абитуриентов – вокалистов творческих ВУЗов 289

Юрков А. Ю., Накатис Я. А., Шустова Т. И.
Нейровегетативные расстройства у больных с повышенной чувствительностью гортани и их медикаментозная коррекция 291