



РОССИЙСКАЯ РИНОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

Г. З. Пискунов —
главный редактор
В. П. Быкова
Д. Р. Гуров
В. С. Козлов
И. В. Козлов
А. С. Лопатин —
зам. главного редактора
Ю. М. Овчинников
С. З. Пискунов
М. С. Плужников
А. И. Рыжов
С. В. Рязанцев
А. П. Якушенкова —
зав. редакцией

**№1
2001**

Выходит 4 раза в год

Основан в 1993 году

**Российское
общество
ринологов**

**Клинический
ринологический
центр**

**РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

Н. А. Арефьева (*Уфа*)
С. Б. Безшапочный
(*Полтава, Украина*)
Г. А. Гаджимирзаев
(*Махачкала*)
Т. И. Гаращенко (*Москва*)
А. Д. Гусаков
(*Запорожье, Украина*)
Д. И. Заболотный
(*Киев, Украина*)
П. Ван Каувенберг
(*Гент, Бельгия*)
Д. Кеннеди
(*Филадельфия, США*)
Ю. Керн
(*Рочестер, США*)
А. С. Киселев
(*Санкт-Петербург*)
В. Манн
(*Майнц, Германия*)
Д. Пассали
(*Сиенна, Италия*)
А. Н. Помухина
(*Ростов-на-Дону*)
В. П. Ситников
(*Санкт-Петербург*)
Р. К. Тулебаев
(*Астана, Казахстан*)
Е. Хойзинг
(*Утрехт, Нидерланды*)
А. Г. Шантуров (*Иркутск*)
Х. Штаммбергер
(*Грац, Австрия*)

ИЗДАТЕЛЬСТВО

«КЛИНИЧЕСКИЙ РИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

Индекс 72994

Журнал зарегистрирован Министерством печати и информации РФ

Свидетельство о регистрации № 0110367 от 02.03.93 г.

Сдано в набор 20.01.2001 г. Подписано в печать 06.02.2001 г.

Формат 20,5 x 29,0. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

Цена свободная.

Адрес редакции: 121614, Москва, а/я 4

Телефон: (095) 414-04-13

E-mail: gzpiskunov@cityline.ru

www.rhinology.ru

СОДЕРЖАНИЕ**Редакционная колонка****В.К. Чайко**О ПРОБЛЕМАХ БОЛЬНИЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТА
РОССИЙСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЙ**Оригинальные статьи****Л.А. Брусова, Т.В. Савцова**КЛИНИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ
УКОРОЧЕННОМ НОСЕ**К.Т. Наврузов, С.Н. Махсудов, С.А. Хасанов**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗАТРУДНЕННОГО
НОСОВОГО ДЫХАНИЯ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ
ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**Г.А. Гаджимирзаев, М.М. Багомедов,****Р.Г. Гаджимирзаева, А.А. Гамзатова**ОСОБЕННОСТИ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ
ИЗМЕНЕНИЙ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСА У
БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПОД
ВЛИЯНИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ИММУНОТЕРАПИИ**В.В. Вишняков**КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР В
ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К
СЛУХОУЛУЧШАЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ**Из практики****О.Н. Гришин, В.С. Пискунов**

ОБ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛОБНЫХ ПАЗУХ

И.В. Ельков, В.А. Вяличкина, И.Н. БикееваЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ
СФЕНОИДИТЕ**М.Е. Виницкий, Г.П. Изумрудова, В.Б. Трушин**

ГИГАНТСКАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

В.П. ИвановГИГАНТСКОЕ МУКОЦЕЛЕ ЛОБНЫХ ПАЗУХ И
РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА**Рационализация и изобретения****О.Н. Гришин, А.А. Бондарев**УСТРОЙСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ ОПТИЧЕСКИХ
ПРИБОРОВ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ
ИНСТРУМЕНТОВ**Дискуссия****Р.Г. Гашимов, Т.А. Бабаев, У.Н. Хандагжи, Т.С. Курбанов,****Э.Г. Фараджев**

ГАЙМОРОВА ПАЗУХА – ЧЬЯ ОНА?

С.З. Пискунов, Т.Г. БыкановаЕЩЕ РАЗ О ЩАДЯЩЕМ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ**Аналитический обзор****А.О. Гусан**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ
ИМПЛАНТАТОВ В РИНОПЛАСТИКЕ**Информационный раздел****С.З. Пискунов**РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ А.Г. ВОЛКОВА
«ЛОБНЫЕ ПАЗУХИ»**Рефераты****От редакции****Информационный календарь****CONTENTS****3 Editorial****4 V.K. Chayko**ABOUT PROBLEMS OF HOSPITAL MANAGEMENT OF
RUSSIAN TREATMENT-AND-PROPHYLACTICS
INSTITUTIONS**Original papers****L.A. Brusova, T.V. Savtsova**CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL
TREATMENT OF SHORTENED NOSE**K. T. Navruzov, S. N. Mahsudov, S. A. Khasanov.**THE STUDY OF INFLUENCE OF HEAVY NASAL
BREATHING ON THE DEVELOPMENT OF
DENTOMAXILLOFACIAL SYSTEM OF A CHILD**G. A. Gadzhimirzayev, M. M. Bagomedov,****R. G. Gadzhimirzayeva, A. A. Gamzatova.**PECULIARITIES OF HISTOMORPHOLOGICAL
CHANGES IN THE NASAL MUCOUS MEMBRANE AT
PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS UNDER THE
INFLUENCE OF THE SPECIFIC IMMUNOTHERAPY**V. V. Vishnyakov**CORRECTION OF THE INTRANASAL STRUCTURES
DURING PREPARATION TO THE HEAR-
IMPROVEMENT OPERATIONS**Brief communications****O. N. Grishin, V. S. Piskunov**ABOUT ANOMALY IN THE DEVELOPMENT OF
FRONTAL SINUSES**I. V. El'kov, V. A. Vyalichkina, I. N. Bikoeva**

EPILEPSY AT CHRONIC PURULENT SPHENOIDITIS

M. E. Vinitzky, G. P. Izumrudova, V. B. Trushin

GIANT CHOLESTEATOMA OF THE FRONTAL SINUS

V. P. IvanovGIANT MUCOCELE OF FRONTAL AND ETHMOID
SINUSES**Rationalization****O. N. Grishin, A. A. Bondarev**A DEVICE FOR THE FIXATION OF OPTICAL AND
ENDOSCOPIC INSTRUMENTS**Discussion****R. G. Gashimov, T. A. Babaev, U. N. Handagzhi,****T. S. Kurbanov, E. G. Faradjev**

MAXILLARY SINUS - WHOSE IS IT?

S. Z. Piskunov, T. G. VykanovaONCE MORE ABOUT LESS-TRAUMATIC
SURGERY OF MAXILLARY SINUSITIS OF
DENTAL ORIGIN**Analytical review****A. O. Gusan**EFFECTIVENESS OF USING VARIOUS
IMPLANTS IN RHINOPLASTY**Information****S.Z. Piskunov**A REVIEW ON THE MONOGRAPH THE FRONTAL
SINUSES BY A. G. VOLKOV**43 Abstracts****47 Editorial****48 Meeting Calendar**

Дорогие коллеги!

Первый номер журнала нового тысячелетия продолжает публиковать работы, посвященные различным ринологическим вопросам. Но в данном номере есть новое, что мы планируем развивать и далее. Прежде всего, статья В. К. Чайко, посвященная вопросам организации работы частной ЛОР больницы. Для нашей жизни это новое и сначала трудно воспринимаемое дело. Но в реальности такая больница есть, и она работает в условиях обязательного медицинского страхования с соблюдением законов Российской Федерации. Закон об обязательном медицинском страховании предусматривает возможность многоукладности форм организации лечебных учреждений, они могут быть государственными и частными. Задача их едина – оказывать помощь населению. Существенной разницей является в их организации – кто собственник больницы: или это комитет по имуществу или конкретный хозяин-врач. К сожалению, в нашей действительности отношение при этом к делу существенно меняется. В государственных больницах по-прежнему остается ставочная уравнилельная система, и врачи не заинтересованы ни в увеличении объема работы, ни в повышении ее качества. В частной больнице собственником является лицо, заинтересованное в улучшении работы лечебного учреждения, желающее сделать его привлекательным для больного. В системе обязательного медицинского страхования, в таких больницах медицинская помощь может быть бесплатной для пациента. Зарплата в таких больницах целиком зависит от качества (умения и знания врача) и объема выполненной работы. Конечно, в статье трудно осветить все вопросы организации работы такой больницы или отделения, недостаток информации можно пополнить при непосредственном контакте с Генеральным директором специализированной городской больницы г. Петропавловск-Камчатский Чайко Владимиром Корнеевичем (683902, Петропавловск-Камчатский, ул. Арсеньева, 12; тел.факс (415-2)111119; (415-22)5-72-36); e-mail: clinic@mail.kamchatka.ru; <http://www: orl.inc.ru>

Мы начинаем печатать рефераты статей, опубликованных в зарубежных журналах. Это будет в какой-то мере компенсировать недостаток информации. Этот раздел мы будем постепенно расширять и постараемся объем информации довести до уровня старого реферативного журнала по оториноларингологии.

Главный редактор Г. З. Пискунов

Уважаемые коллеги!

Сообщаем, что подписку на журнал «Российская ринология» на II полугодие 2001 года Вы можете оформить:

1. В любом отделении связи через каталог Агенства «Роспечать» «Газеты и журналы». Подписной индекс – 72994

2. Через «Российский Медицинский Каталог». Подписной индекс – КМ 1639

О ПРОБЛЕМАХ БОЛЬНИЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТА РОССИЙСКИХ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Специализированная
городская больница
г. Петропавловск-Камчатский

Государственная, муниципальная, частная медицина у нас в стране в правовом отношении уравниваются, в том числе и в ответственности за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья. С 01 января 1993 года введен Закон об обязательном медицинском страховании граждан РФ, который до настоящего времени "не работает", являясь темой многочисленных обсуждений и споров.

Изначально введение этого Закона от идеологии до формирования медико-экономических стандартов с их тарифами, жесткой привязкой результатов лечения к количеству дней пребывания больного на койке, «ставочной» системы оплаты труда, существующими до настоящего времени в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Камчатской области, неизбежно приводит к «вскрытию» несопоставимых экономических категорий - рыночной по своей сути страховой медицины и административному принципу руководства деятельностью лечебных учреждений, их подразделений. Сложилась парадоксальная ситуация - существует федеральный Закон о страховой медицине, но до сегодняшнего дня в прессе, на различных уровнях властных структур, среди руководителей лечебных учреждений ставятся под сомнение не проблемы реализации этого Закона, а сама целесообразность его существования. Страховая медицина рассчитана, в принципе, на многоукладность, развитие рынка медицинских услуг, мотивацию качества труда медицинских работников, критериями качества которого становятся профессиональный уровень лечения, содержание больных, степень их доверия медработникам. Именно этим определяется выбор пациентами того или иного лечебного учреждения, врача. Заинтересованность же в качественном труде члена коллектива возможна

лишь при условии хозрасчетного принципа оплаты труда каждого отделения, каждого врача амбулатории, независимо от формы собственности лечебного учреждения. Становится выгодно хорошо и много работать. Дальнейшее существование этой коллизии серьезно дискредитирует и размывает принципы медицинского страхования в глазах населения, медицинских работников, руководства. Немаловажен и политический аспект проблемы («...раньше было лучше» и т.п.). На мой взгляд, серьезное торможение реформированию медицины происходит на уровне главных врачей больниц, где требуется «поступиться принципами» и осваивать менеджмент, оперативное управление больничным комплексом, основными и оборотными средствами, планирование, разработку и внедрение информационных систем. В системе же наших лечебных учреждений, выполняющих программу обязательного медицинского страхования (ОМС), по-прежнему товаром является не количество принятых в поликлинике или вылеченных в стационаре больных, а тарифная ставка, часы пребывания на работе и т.д. Мало того, с 2000 года введено положение, согласно которому областной Фонд ОМС финансирует ЛПУ лишь 5 расходных статей, остальное должен напрямую доплачивать бюджет. И это в страховом поле. Налицо нарушение Закона ОМС и Закона о бюджете. В Камчатской области, например. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» введен с 01 января 1994 г. на основании Постановления губернатора Камчатской области от 15.12.93 г. № 277 «О введении обязательного медицинского страхования граждан Камчатской области». В соответствии с Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан

РФ бесплатной медицинской помощью, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, Федеральным Фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ Постановлением губернатора Камчатской области от 08.04.99 г. № 73 «Об утверждении территориальной программы обеспечения населения Камчатской области бесплатной медицинской помощью на 1999 г.» были определены затраты, включаемые в тарифы на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования по следующим статьям затрат: оплата труда с начислениями, расходы на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и питания больных в стационарах. На 2000 год аналогичный состав затрат, включаемых в тарифы на медицинские услуги определен Постановлением губернатора Камчатской области № 81 от 28 марта 2000 года «Об утверждении территориальной программы обеспечения населения Камчатской области бесплатной медицинской помощью на 2000 год». Оплата же коммунальных услуг, приобретение оборудования и предметов длительного пользования, капитальный ремонт могут быть включены в состав тарифа на медицинские и иные услуги по ОМС при условии отсутствия задолженности по заработной плате (с отчислениями). Таким образом, становится выгодно увеличивать фонд заработной платы без учета интенсивности и качества труда работниками, рассчитывая на бюджетную компенсацию. В разделе «Здравоохранение и физическая культура» бюджета Камчатской области на 2000 год расходов на указанные цели не указано. Средств, естественно, опять не хватит, все проблемы остаются. Удивительно, но при всем многообразии вопросов, связанных с финансированием лечебных учреждений, множеством постановлений, порядков и методик различных исчислений платежей, расчетов и др., мне не встретилось материалов по уменьшению затрат внутри самих лечебных учреждений, поиску финансовых резервов, структурных изменений ЛПУ в зависимости от реальных потребностей в них населения.

Законы экономики, в общем, не имеют специальностей, и существование лечебного учреждения в страховой медицине определяется, помимо его необходимости, и экономической целесообразностью, рентабельностью, а не только количеством населения. На уровне

муниципальных администраций, которые формально являются собственниками своих ЛПУ, эта составляющая проблемы медицинского обслуживания населения совершенно отсутствует. Государству уже не под силу содержать затратные больницы только потому, что они существуют. Существуют в этом виде многие годы. Штатное расписание больниц, характер их финансирования, система оплаты труда формировались много лет тому назад и совершенно по другим принципам. До настоящего времени в государственных, муниципальных больницах, работающих в программе ОМС, несмотря на оформление документации по МЭСам и начисление средств по их тарифам, внутри этих ЛПУ так и существует «ставочная» система. По существу, происходит дублирование бюджетного принципа внутрибольничного финансирования, дискредитируя страховую медицину. Так как больницы в настоящее время являются самостоятельно хозяйствующими субъектами, главные врачи, не являясь собственниками этих больниц, практически единолично распоряжаются их средствами, и для которых рентабельность является весьма абстрактным понятием. Никакой серьезной ответственности за низкое руководство (менеджмент) по результатам деятельности ЛПУ главные врачи не несут.

В ст. 24 Закона ОМС, среди прочего, указано: «Тарифы на медицинские услуги должны обеспечивать рентабельность лечебного учреждения». В условиях финансового кризиса расчетные положения тарифов должны обязательно увязываться с расходами ЛПУ по ВСЕМ их статьям, важнейшим из которых является фонд оплаты труда. Так определяется себестоимость 1 койки стационара, 1-го посещения в амбулатории. Себестоимость лечения - важнейший показатель деятельности лечебного учреждения. Не только экономический, но и профессиональный. Например, в условиях конкуренции, пустующая больница, не имея дополнительных ассигнований, очень быстро прекратит свое существование. Пустовать больница будет, когда на ее услуги нет спроса по следующим причинам: слишком велика, слишком дороги услуги, низкий профессионализм специалистов, низкая информация о ее деятельности, ее услугах (низкий имидж). В случае достаточной нагрузки при расчетных затратах можно прогнозировать

сначала себестоимость, а уже затем и прибыль. Больница должна быть посещаемой не потому, что пациентам больше некуда обратиться, а привлекать качеством лечения, содержания, доходчивой информацией о наборе услуг. С течением определенного времени результаты деятельности такой больницы непременно скажутся, обращаемость повысится, что послужит дополнительным стимулом развития и внедрения методов лечения и хирургических вмешательств с применением новых технологий. В связи с изложенным, можно предположить, что в общем успех как отдельного врача, так и лечебного учреждения в целом, зависит от постоянного самосовершенствования врача, особенно в освоении новейшего оборудования; использования информационных систем, позволяющих повышать свой профессиональный уровень (интернет, обмен информацией и др.)

В настоящее время государственная и муниципальная медицина, по существу, шантажирует государство своим монополизмом, оставаясь во многих отношениях не на должном уровне. Опасаться же участия различных медицинских учреждений в системе ОМС не следует, т.к. среди множества ЛПУ элементы конкуренции обеспечат перераспределение средств в «хорошие» больницы из «плохих», независимо от формы собственности. Необходим лишь действенный контроль для исключения приписок. Анализ деятельности лечебных учреждений в течение нескольких месяцев укажет, какие отделения больниц и ЛПУ в целом требуют соответствующих решений. К тому же собственник более рационально (рачительно) обеспечит рентабельность больницы при достаточном качестве услуг.

Не менее пристального внимания требует проблема внутрибольничного распределения средств. В составе одного ЛПУ функционируют подразделения, общие для всех - административно-хозяйственная группа, обеспечения и др., непосредственно не участвующие в лечебном процессе, требующие соответствующего финансирования. Поскольку медико-экономические стандарты разделены по специальностям, со своими ценами по нозологическим формам, очевидна и необходимость ведения отдельных балансов для каждого отделения больницы. В течение каждого отчетного месяца каждому отделению, в

зависимости от нагрузки, начисляются, согласно МЭСам, заработанные им средства. Каждое отделение должно иметь свои средства учета расходования электро- и теплоэнергии. Подсчет затрат несложен. Он включает затраты на питание, медикаменты, мягкий инвентарь, электро- и теплоэнергию, фонд оплаты труда и др. - обычная бухгалтерия. Но кроме этих обычных статей отчисляются средства на содержание административно-хозяйственной и группы обеспечения (в зависимости от количества отделений, порядка 5-10%) на договорной (контрактной) основе. Внутри отделения средства распределяются таким образом, что фонд оплаты труда не должен быть менее 50% от всех заработанных средств. Например, в отделении работает три врача, которые в течение месяца вместе заработали 200 000 рублей - один 80 000, второй - 70 000, третий - 50 000 рублей (коэфф.8,7,5). После всех отчислений, в том числе и на заработную плату среднему и младшему персоналу (также по контракту), которые составили 90%, осталось 20 тыс. руб. Применяя коэффициент трудового участия, врачи получают 8,7 и 5 тыс. руб. соответственно. Так как общий фонд оплаты труда в отделении не должен быть менее 50 %, на средний и младший персонал приходится 40%, т.е. 80 тыс. руб. Таким образом все члены коллектива "завязаны" на общую сумму дохода и качество труда каждого определяет общий успех коллектива. Сумма затрат - относительно стабильный показатель, и через два-три месяца уже сразу можно определить, какое минимальное количество больных позволит оплатить расходы. Здесь можно также указать возможность оплаты хирургу некоторого % от стоимости хирургического вмешательства (гонорар), но это более сложная формула, требующая конкретного анализа.

Конечно, приведенная схема очень относительна, но она позволяет по-новому взглянуть на проблему экономической деятельности ЛПУ, путей их реформирования с учетом их реальной необходимости для населения. Какие-то отделения в этой связи могут быть увеличены, деятельность других - ограничена с переводом персонала, после соответствующей подготовки.

Не менее серьезной задачей является проблема занятости среднего и младшего персонала, освобождаемого при закрытии, слиянии тех или иных лечебных учреждений, их отделений. К

сожалению, можно констатировать отсутствие государственной политики, стимулирующей предпринимательство в медицинской деятельности, которая могла бы дать возможность инициативным и компетентным специалистам, менеджерам реализовать себя в столь необходимом и ответственном деле. Материальные, правовые и, особенно, моральные проблемы серьезным бременем лежат на плечах немногих энтузиастов. Еще сильна инерция на многих этажах руководства здравоохранением, несмотря на наличие достаточной законодательной базы для широкого развития многоукладной (частной) отечественной медицины, а, значит, для ее бурного и многостороннего развития. Медицинские работники работают на энтузиазме, лишены достойного вознаграждения за свой ответственный и интеллектуальный труд. Тем более, что изменить своей профессии подавляющему количеству врачей практически невозможно. Такое прозябание на фоне тотальной капитализации отношений во всех сферах деятельности в стране приводит к серьезной деформации психологии медицинского работника.

В заключение хочется поделиться идеей привлечения медицинских сестер и санитарок к обслуживанию больных на дому. Тем более, что такая деятельность могла бы быть серьезным подспорьем в развитии практики семейного врачевания. Идея заключается в следующем: формируется тарификация медицинских услуг среднего и младшего звена (в/в, в/м инъекции, банки, выполнение назначений участкового врача, динамичное наблюдение и уход за больным и др.) в системе ОМС для последующего заполнения реестров о сделанной работе и направления в медицинскую страховую компанию. Создается учреждение, в которое принимаются на работу на должности медицинские сестры и санитарки, вводится в программу ОМС области (города). Врач поликлиники, назначая больному лечение на дому, указывает ему номер телефона, по которому ему следует обратиться для выполнения тех или иных назначений. Диспетчер (регистратор) созданного учреждения, получив заказ, в соответствии с местом жительства больного, направляет к нему ближайшую медсестру и(или) санитарку для выполнения назначений, имеющихся на руках больного. Медсестра, после выполнения этих назначений, делает соответствующую запись в амбулаторной

медицинской карте на квартире больного. Через 2-3 дня, при очередном осмотре больного, врач может убедиться в выполнении назначений, может их отменить либо изменить. Оплата труда работникам производится по реестрам, поданным в страховые медицинские компании, аналогично другим лечебным учреждениям. Такая бесплатная для больного медицинская услуга намного улучшит привлекательность лечения на дому, повысит его качество, даст многим медицинским работникам возможность реализовать себя в любимой работе, получая при этом доход по труду.

По большому счету, такой подход приводит к изменению сознания людей в их стремлении улучшить качество жизни, к успеху, росту личного авторитета, ощущению нужности кому-то.

Вопросы, затронутые в данной публикации, хочется надеяться, привлекут внимание не только экономистов и руководителей, но и самих медицинских работников, "производителей", на диалог с которыми я очень рассчитываю.

V.K.Chayko

ABOUT PROBLEMS OF HOSPITAL MANAGEMENT OF RUSSIAN TREATMENT-AND-PROPHYLACTICS INSTITUTIONS

The article considers the questions related to the development of medical insurance system in Russia. The problems of financing of medical institutions both on state and local level are surveyed. The author emphasizes the expediency of distribution of finance on the level of concrete hospitals. By the opinion of the author, rising quality of medical assistance could be achieved due to introduction of new medical technologies, which allow doctors to treat patients creatively. The author proposes opening of a new branch in the system of compulsory medical insurance in Russia. Patients would be offered basic medical service right at their homes, what will allow to reduce the cost of treatment and to raise incomes of doctors, nurses, and junior medical personnel. The author emphasizes the necessity of reforms in the system of compulsory medical insurance in Russia, which should work for the real interests of people. Considered economic issues in the article are directly applied to the issues of practical medicine, what could be interesting for doctors, whose attention the author wants to attract.

Поступила 01.10.2000г.

Л.А.Брусова, Т.В.Савцова

КЛИНИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УКОРОЧЕННОМ НОСЕ

Центральный научно-
исследовательский институт
стоматологии (Москва)

Нос является одним из наиболее важных анатомических образований лица, во многом определяющим внешний вид человека. Поэтому любое несоответствие его формы общепризнанным эстетическим требованиям способствует развитию комплексов, отрицательно влияющих на полноценную жизнь. Одной из патологических форм носа является его укорочение. Повышенный травматизм именно этой наиболее выступающей части лица приводит к развитию ринолордозов и седловидных деформаций носа при которых помимо западения в области спинки носа, отмечается укорочение её длины (С. А. Проскуряков, 1947). Как отмечал Н.М.Михельсон (1962), среди всех пациентов с врожденной патологией носа около 50% составляют больные с резким уменьшением его формы и размеров. В книге А.С.Волковой и соавт. (1997) «Наследственные синдромы в стоматологии», мы находим целый ряд наследственных синдромов, для которых характерны короткая форма носа, западая переносица, гипоплазия крыльчатых хрящей, а также отмечаются недоразвитие средней зоны лица и аномалии других органов. Причиной укорочения носа могут быть и воспалительные процессы перегородки носа (нагноившиеся гематомы, последствия сифилиса) и деформации, появившиеся после удаления новообразований полости носа.

В отечественной и зарубежной литературе проблеме увеличивающей ринопластики посвящены работы многих авторов (Диффенбах, 1845; Ю.К.Шимановский, 1865; Ф.М.Хитров, 1955; Н.М.Михельсон, 1962; А.А.Лимберг, 1963; P.Tessier, 1982; J.P.Gunter, 1990; G.Senechal, 1991; T.Endo, 1991 и др.), что подчеркивает актуальность данной темы. При увеличении недостаточной формы носа были предложены методы с использованием кожных лоскутов, ауто- и алло- трансплантатов. Многообразие существующих методов лечения требует от хирурга грамотного решения в процессе выбора, что в дальнейшем положительно отразится на результатах операции.

С целью разработки научно-обоснованного подхода к выбору того или иного метода хирургического лечения в зависимости от выраженности данной патологии носа, нами были проведены антропометрические исследования на 88 пациентах, нуждающихся в увеличении носа. Все

пациенты в возрасте от 17 до 58 лет составили следующие 8 групп в зависимости от этиологии:

1 группа - Пациенты с синдромом Биндера или верхнечелюстно-носовым дизостозом, развивающимся при экзогенном воздействии в первом триместре беременности и выражающимся в отсутствии либо недоразвитии носовых костей, гипоплазии *spina nasalis* и хрящевого каркаса, ретрузии верхних челюстей. Внешние проявления синдрома - блюдцеобразный профиль лица, приплюснутый или резко укороченный нос с втянутой короткой колумеллой и носовыми отверстиями полукруглой формы, прогенический прикус.

2 группа - Пациенты с симптомом короткого носа, входящего в ряд наследственно - обусловленных пороков развития вызванных генетическими изменениями, среди них синдромы: Маршалла, Криста-Сименса-Турена, Аарского и другие. У больных отмечаются не только патологические изменения лица, но и других частей тела и внутренних органов, иногда со снижением интеллекта.

3 группа - Пациенты с врожденными пороками не установленного типа наследования: расщелина верхней губы и нёба, срединная черепно-лицевая расщелина, сочетающиеся с укорочением носа. Клинически отмечается гипоплазия крыльчатых хрящей носа с укорочением кончика. Реже наблюдается резкое укорочение носа вызванное недоразвитием костно-хрящевого каркаса носа и рубцовым изменением мягких тканей после неоднократных оперативных вмешательств, проводившихся в раннем детском возрасте.

4 группа - Пациенты с азиатским типом лица и характерным для него морфологическим признаком уплощенного широкого носа с укороченной колумеллой.

5 группа - Больные с посттравматическими деформациями костно-хрящевых структур с западением спинки носа. Клинически отмечается седловидный профиль спинки носа, выраженный в большей или меньшей степени и вздернутый кверху концевой отдел носа; укорочение длины спинки носа за счет чего полностью видны носовые отверстия.

6 группа - Больные с деформациями носа вследствие перенесенных воспалительных процессов перегородки (абсцессы, нагноившиеся гематомы), а также последствий заболеваний (сифилис, лепра).

Воспалительные процессы носа, особенно перенесённые в дошкольном возрасте когда рост костно-хрящевого скелета не завершён, особенно неблагоприятны. Несвоевременное их лечение приводит не только к гнойному осложнению и расплавлению четырехугольного хряща, но и рубцовым изменениям внутренней выстилки носа, что проявляется недоразвитием как костно-хрящевых структур носа, так и мягких тканей. Клинически отмечается значительное укорочение спинки и основания перегородки носа, маленький кончик с гипоплазией крыльчатых хрящей, вздернутый кверху.

7 группа - Пациенты с деформациями носа, вызванными рубцовыми изменениями его покровных тканей в результате ожогов и ран. Клинически отмечается укорочение наиболее выступающей части - кончика носа за счет скрытого дефекта мягких тканей.

8 группа - Пациенты с укорочением носа вызванным хирургическими погрешностями при проведении уменьшающих ринопластических операций. Излишняя резекция четырехугольного, боковых и крыльчатых хрящей приводит к укорочению кончика и выраженной сглаженности носового профиля, что является косметическим дефектом.

Антропометрическое исследование пациентов включало в себя: измерения основных размеров носа (длина, ширина, выстояние), расстояний определяющих положение носа на лице, а также отдельных анатомических частей носа (кончик, крылья, перегородка, спинка, ноздри) по Farcas (1981) и Маджарову (М.М.Маджаров, 1991). Полученные антропометрические значения заносили в таблицы и сверяли с нормативными данными Маджарова.

В ходе проведенного исследования нами были выявлены размеры, наглядно определяющие уменьшенные параметры, совокупность которых характеризует укорочение носа в целом. В зависимости от величины их отклонений были выделены следующие три степени укороченного носа:

I степень - длина носа укорочена (от корня до кончика) на 0,3-0,5 см, уменьшен обхват концевого отдела носа на 0,4-1,0 см, обхват в области корня носа не изменен.

II степень - длина носа укорочена на 0,4-1,4 см и уменьшены обхваты носа: в области корня на 0,5-2,0 см, и в области концевого отдела на 0,5-1,5 см.

III степень - длина носа укорочена на 1,5-2,0 см, уменьшены обхваты в области корня носа - на 2,0 см и концевого отдела - на 1,5-2,0 см.

IV степень - укорочена длина носа и уменьшены обхваты всех отделов носа более 2,0 см.

С целью создания систематизированного подхода к выбору оптимальных методов хирургического лечения при укороченной форме носа нами разработана следующая тактика хирургического лечения в зависимости от этиологии и степени выраженности данной патологии:

При укорочениях носа с достаточным количеством

мягких тканей, пациентам относящимся к I - степени, показана контурная пластика с удлинением колумеллы и кончика носа с использованием ушных аутоотрансплантатов, либо имплантатов для кончика носа из силикона. Рис. 1 (а, б).

Методика операции (рис. 5):

В преддверии носа производим краевой разрез с обеих сторон с образованием сквозного прохода перед медиальными ножками крыльчатых хрящей. Колумелла не пересекается. Далее мобилизуем кожу и подкожную клетчатку всего носа. Во избежание смещения, уголок нижнего края имплантата кончика носа прошивают лигатурой. Имплантат помещают над арками крыльчатых хрящей, а лигатуру выводят через прокол кожи, расположенный в центре колумеллы. На края ран накладывают узловые швы. Производят тампонаду, накладывают фиксирующую повязку.

Особенностью операции являются передние эндоназальные разрезы, сообщающиеся впереди медиальных ножек крыльчатых хрящей, которые не нарушают кровоснабжение, позволяют получить хороший обзор при размещении имплантата, а также добиться наилучшего косметического эффекта.

Пациентам, относящимся ко II степени, показана опорно-контурная пластика спинки и кончика носа с применением аутоотрансплантатов (костных, хрящевых) или имплантатов. Рис. 2 (а, б, в, г).

При сложной деформации, выражающейся укорочением носа и недоразвитием его основания, с целью устранения западения и выдвижения околоносовой области, помимо пластики спинки и кончика носа показана пластика ниже-бокового края грушевидного отверстия. Лучше всего для этого подходит фигурный силиконовый имплантат, который имеет стропилку, восполняющую передний отдел четырехугольного хряща, и моделируется индивидуально.

Методика операции (рис.6):

В ходе операции по разработанной в институте методике производят следующие разрезы: наружный разрез в виде «птички» в области колумеллы, с переходом на верхне-латеральные края носовых отверстий, и внутриротовой разрез - на слизистой оболочке верхней губы, отступая от переходной складки на 1,0 см. Для создания необходимого объема покровных тканей носа широко мобилизуют кожу и подкожную клетчатку спинки носа с переходом на скаты и щечные области. Дугообразным разрезом над пирамидой носа рассекают надкостницу и скелетируют переносье. Увеличение длины и объема внутренней выстилки носа получают путем выделения латеральных ножек крыльчатых хрящей до уровня арок медиальных ножек, и расправления слизистой носа. Со стороны полости рта скелетируют нижний и ниже-боковые края грушевидного отверстия и вводят в образованное ложе фигурный



а)



б)

Рис. 1. - Пациентка Б. с укорочением концевого отдела носа после уменьшающей ринопластической операции:
а) – в момент поступления;
б) – после пластики кончика носа силиконовым имплантатом.

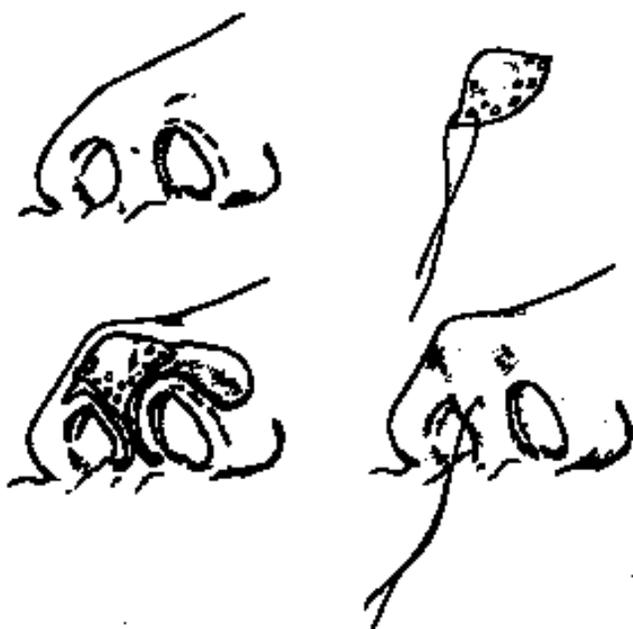


Рис. 5 Пластика кончика носа.

имплантат, насаживая его на верхнечелюстную ось, в качестве фиксации. Через туннель, созданный между медиальными ножками крыльных хрящей, выводят свободный конец стропилки имплантата, которую фиксируют к медиальным ножкам крыльных хрящей одним П-образным швом (со стороны слизистой оболочки полости носа). Надкостницу с мягкими тканями укладывают над имплантатом и фиксируют к нему одиночными швами. В результате операции достигается перемещение основания носа в правильное положение и удлинение четырехугольного хряща. Вторым имплантатом увеличивают и удлиняют спинку и кончик носа, при этом при помощи распатора, расположенного строго по центру спинки носа, приподнимают надкостницу, под

которую помещают имплантат, с одновременным удалением инструмента. Слизистую оболочку носа расправляют и оттягивают за медиальные ножки крыльных хрящей книзу и, в таком удлиненном состоянии фиксируют к концевому отделу имплантата. Покровные ткани перемещают над имплантатом, на раны в области носа и со стороны полости рта накладывают швы. Проводят переднюю тампонаду носовых ходов, накладывают фиксирующую повязку.

Пациентам, относящимся ко II степени и имеющим посттравматические рубцовые изменения кожи в области кончика и колумеллы носа, показана пластика концевого отдела носа лоскутом на питающей ножке с носогубной области, с последующим восстановлением формы носа имплантатом из силикона.

При укорочениях носа, вызванных дефицитом как кожи, так и слизистой оболочки и отсутствием перегородочного хряща, характерными для пациентов III степени, показана пластика двумя лоскутами со щёк выкроенными по носогубным складкам, и перемещенным горизонтально. Рис. 3 (а, б, в, г).

Методика операции (рис.7):

В ходе операции производят сквозной поперечный разрез над концевым отделом носа, который смещают книзу. Края образовавшегося дефекта расщепляют на внутренний и наружный слои. Для увеличения и удлинения мягких тканей носа используют лоскуты с обеих щек, расположенные в области носогубных складок. Одним лоскутом, формируют внутреннюю выстилку носа, другим – наружные ткани. Нижний разрез лоскута выкраивают по носогубной складке. Ширина лоскута на 0,3-0,5 см превышает ширину дефекта. Толщина лоскута равномерная на всем протяжении, но у ножки



а)

б)

в)

г)

Рис. 2.

а, б) - Пациентка Ф. с-др. Маршалла: гипоплазия средней зоны лица, маленький укороченный нос с запавшим переносьем, имеется экзофтальм, левосторонняя катаракта;

в, г) – после контурной пластики двумя имплантатами - спинки с кончиком, и основание с перегородкой носа.

увеличивается и содержит питающие сосуды. Ширина питающей ножки лоскута не уже половины самой широкой части лоскута. Лоскут поворачивают на ножке под углом 90 - 100°, опрокидывают и укладывают кожной стороной в полость носа, фиксируя к краям слизистой оболочки носа и, формируя внутреннюю выстилку. Аналогично первому, выкраивают второй лоскут, длина которого соответствует дефекту кожи, лоскут поворачивают на ножке и укладывают кожной стороной сверху. Края лоскута фиксируют к краям кожного дефекта. Образовавшиеся раневые поверхности в области носогубных складок после широкой мобилизации тканей ушивают, при этом иссекают треугольники у нижних углов ран. Преимуществом данной операции являются малозаметные рубцы, располагающиеся по ходу носогубных складок. Завершительный этап операции по удлинению носа проводят через 10-12 месяцев, после восстановления хорошего кровоснабжения и иннервации перемещенных лоскутов. Для создания опоры перемещенным тканям носа проводят пластику двумя имплантатами: одним формируют спинку и кончик носа, другим – основание и перегородку.

Пациентам, относящимся к IV степени, с резким укорочением наружных и внутренних мягких тканей носа, показана пластическая операция по методике разработанной в ЦНИИС - Авт. свид. N 1287855 (Л. А. Брусова, 1996). Удлинение покровных тканей носа осуществляют трапециевидными лоскутами с обеих щек, а для увеличения внутренней выстилки носа используют лоскуты со слизистой полости рта. Рис. 4 (а, б, в,г).

Методика операции (рис. 8):

Сквозным разрезом рассекают ткани носа на границе костного и хрящевого отделов. Края дефекта

носа расщепляют на внутренний и наружный слои. Формирование внутренней выстилки носа проводят за счет двух лоскутов, выкраенных со слизистой оболочки полости рта. При этом отсепааровывают два слизисто-мышечных лоскута, располагающихся по проекции носогубных складок и имеющих ножки с сосудистыми пучками в области оснований крыльев носа. Далее, под ножками лоскутов проводят сквозные разрезы в полость носа, куда лоскуты выводят и укладывают раневыми поверхностями кнаружи, фиксируя между собой и краями слизистой оболочки носа. Таким образом формируют внутреннюю выстилку носа. Затем, в области обеих щек выкраивают 2 лоскута трапециевидной формы с основаниями у переносья. Эти кожно-жировые лоскуты после отсепааровки смещают к центру носа и ушивают между собой и краями кожного дефекта, формируя покровные ткани носа. Образовавшиеся раневые поверхности щечных областей закрывают ротационным перемещением прилежащих тканей. Линии швов при этом располагаются по ходу носо-губных складок и оснований нижних век, что оставляет малозаметные рубцы. Завершительный этап операции по удлинению носа проводят через 10-12 месяцев, после восстановления хорошего кровоснабжения и иннервации перемещенных лоскутов.

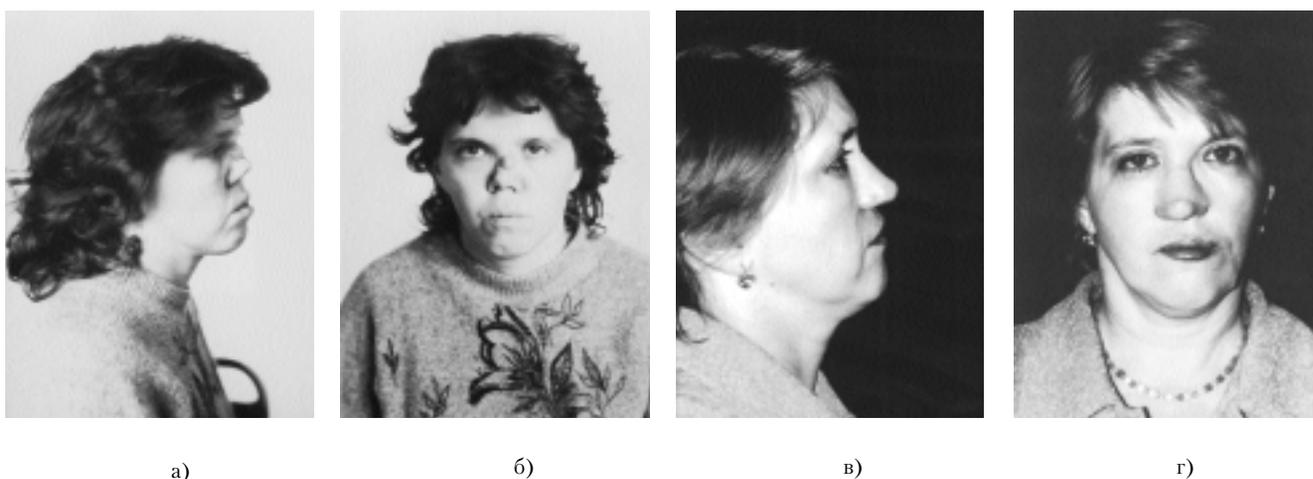
Для создания опоры перемещенным тканям носа пациентам, относящимся к III и IV степени, проводят пластику двумя имплантатами: одним формируют спинку и кончик носа, другим – основание и перегородку.

В качестве другого способа устранения деформации носа IV степени укорочения, нами рекомендована пластика по Converse.

Анализ отдаленных результатов показал преимущество данной тактики, которая позволяет избежать повторных травмирующих операций и



Рис. 6 Схема операции двумя силиконовыми имплантатами.



а)

б)

в)

г)

Рис. 3.

а, б) - Пациентка А. Недоразвитие носа в результате родовой травмы. Ранее проводилась попытка устранить деформацию пластикой хрящевым трансплантатом (который резорбировался) и введением инъекционного материала;
в, г) - после пластики двумя лоскутами со щек, с последующим применением имплантатов на спинку и основание носа.

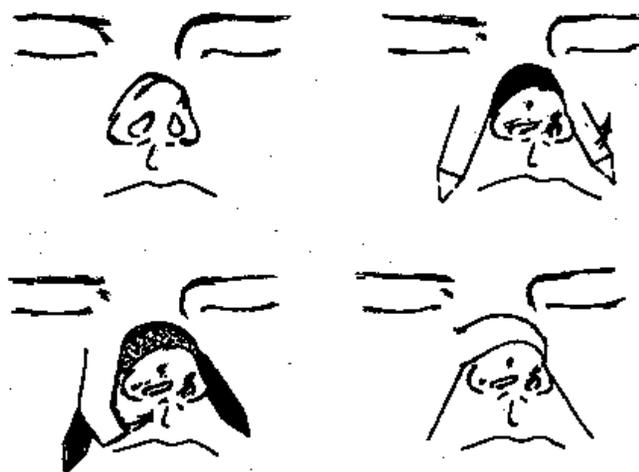


Рис.7 Схема пластики носа двумя лоскутами.

может быть рекомендована для использования в широкой клинической практике.

Следует отметить, что удлинение и увеличение носа при данной патологии, является важным не только с точки зрения эстетики, но и в функциональном плане. Это подтверждают результаты риноманометрических исследований, полученные до и после проведения хирургического лечения (аппарат «Риноспир 164» немецкого производства фирмы «Heinemann Medizintechnik GmbH»).

Литература:

1. Брусова Л.А. Восстановительные операции на лице с применением силиконовых композиций (клинико-экспериментальное исследование): Дис.... д-ра мед. наук. - М., 1996.
2. Волкова А.С., Григорчук Ю.Ф., Рузин Г.П. Наследственные синдромы в стоматологии.- Харьков,

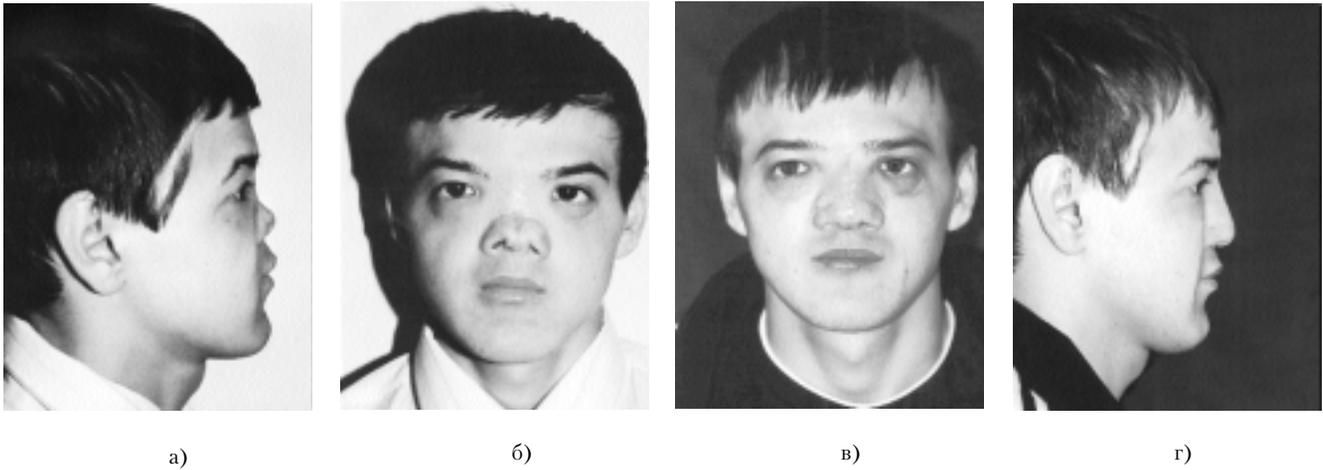


Рис. 4

а, б) - Пациент К. Срединная черепно-лицевая расщелина, состояние после ряда оперативных вмешательств;
в, г) - после проведения пластики носа двумя трапецевидными лоскутами с последующим применением имплантатов.

1997.- 144 с.

3. Лимберг А.А. Планирование местнопластических операций на поверхности тела.- Ленинград, 1963.

4. Маджаров М.М., Маджарова Л.М. Антропометрическое исследование носа у болгар зрелого возраста // Журн. ушн. нос. и горл. бол.- 1991.- N 3.- С. 15-17.

5. Михельсон Н.М. Гомогенный хрящ в челюстно-лицевой хирургии// Acta. Chir. Plast.- 1962. Vol. 4, 3.- P. 169-172.

6. Проскуряков С.А. Восстановительные операции носа, горла, уха.- Новосибирск, 1947.

7. Хитров Ф.М. Пластические операции на лице.- М., 1953.

8. Шимановский Ю.К. Операции на поверхности человеческого тела.- Киев, 1865.

9. Endo T., Nakayama Y., Ito Y. Augmentation rhinoplasty: observations on 1200 cases// Plast. Reconstr. Surg.- 1991. Vol. 87.- P. 54-59.

10. Gunter J.P., Rohrich R.J. Augmentation rhinoplasty: dorsal only grafting using shaped autogenous septal cartilage// Plast. Reconstr. Surg.- 1990. - Vol. 86. P. 39-45.

11. Senegal G. Rhinoplastie d'augmentation: Correction des ensellures nasales. Paris. Arnette. 1991.- S. 66.

12. Tessier P. Autogenous bone grafts taken from the calvarium for facial and cranial applications// Clin. Plast. Surg.- 1982.- Vol. 9.- P.531.

L.A.Brusova, T.V.Savtsova

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL TREATMENT OF SHORTENED NOSE

Various injuries and congenital pathologies of the nose may lead to its shortening. Lengthening of the shortened nose is one of the most difficult goals of rhinoplasty. The variety of existent methods of treatment requires a surgeon to make an accurate choice to be able to reach the appropriate aesthetic and functional result of the operation. On the basis of the anthropometric research of 8 groups in total of 88 patients aged 17 to 58 the authors figured out the parameters of four levels of nose shortening. For each level the authors offered a separate technique of the operation with the use of skin flaps, auto-, and allo- transplants. The post-op analysis, made by the authors, shows the advantage of this approach to the choice of the operation technique, which allows avoiding traumatic recurring operations and reaching positive aesthetic and functional results of surgery.

Поступила 18.12.2000г.

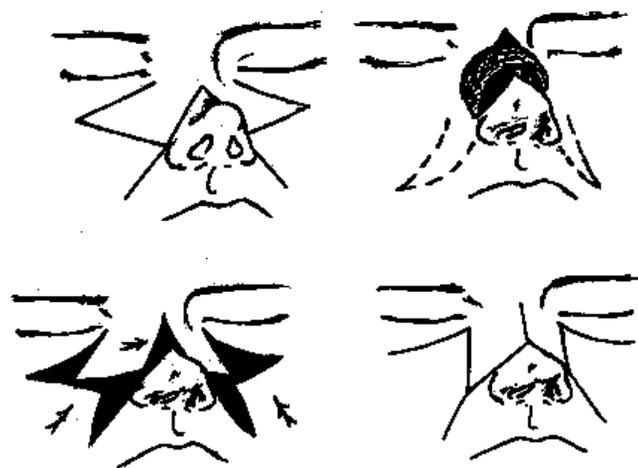


Рис.8 Схема пластики носа трапецевидными лоскутками с обеих щек.

К. Т. Наврузов*, С. Н. Махсудов**,
С. А. Хасанов*

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗАТРУДНЕННОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Ташкентский Педиатрический
медицинский институт,

**Институт усовершенствования
врачей

Вопросы патологии органов дыхания в детском возрасте всегда привлекали внимание исследователей. Учеными установлено, что нарушение носового дыхания отрицательно влияет на кровообращение и лимфоотток из полости черепа, нормальное функционирование сердечно-сосудистой системы, деятельность желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы (С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов, 1989 и др).

Однако взаимосвязь затрудненного носового дыхания и зубочелюстно-лицевых деформаций (ЗЧЛД) в литературе освещена крайне скудно. По данным Ю.Л.Образцова (1990), зубочелюстно-лицевые деформации встречаются в 6 раз чаще у детей с затрудненным носовым дыханием, чем у детей с нормальной дыхательной функцией носа. В последние годы появились отдельные научные публикации, освещающие влияние нарушенного носового дыхания на развитие ЗЧЛД у детей (С.Н.Махсудов, С.А.Хасанов и др., 1995). Несмотря на это, многие стороны взаимосвязи назофарингиальных обструкций с ЗЧЛД требуют дальнейшей научной разработки, что и преследовалось целью настоящего исследования.

Цель исследования

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния затрудненного носового дыхания на формирование деформации зубочелюстной системы у детей.

Материал и методика исследования.

Для выполнения поставленной задачи был обследован 131 ребенок в возрасте от 3 до 14 лет,

получавший лечение в ЛОР клинике Ташкентского Педиатрического Медицинского института. У 57 (43,5%) детей были выявлены аденоидные вегетации, у 23 (17,5%) - сочетание аденоидных вегетаций с гипертрофией небных миндалин, у 24 (18,3%) - деформация носовой перегородки; сочетание деформации носовой перегородки с аденоидными вегетациями диагностировано у 27 (20,7%) детей.

Для исследования дыхательной функции носа и типа дыхания нами были применены следующие методы исследования: наблюдение за детьми во время занятий, игр, сна, проба с ватой и пластинкой Глатцеля, а также проводилась ринопневмометрия. Полученные данные дополнялись анамнестической информацией от родителей, педагогов и воспитателей детских дошкольных учреждений.

На основании результатов обследования все дети были разделены на 2 группы: 1 группу

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида патологии зубочелюстной системы

Виды патологии зубочелюстной системы	Количество наблюдений
Прогнатия с сужением верхней челюсти	17 (13%)
Верхняя ретрогнатия	42 (32%)
Сужение верхней челюсти с тесным положением фронтальных зубов	21 (16%)
Всего	80 (61%)

Частота встречаемости ЗЧЛД в возрастном аспекте

Группы	Возраст (лет)	Виды зубочелюстных деформаций							
		Прогнатия с сужением верхней челюсти		Верхняя ретрогнатия		Сужение верхней челюсти с тесным положением фронтальных зубов		Итого	
		абсол. число	относ. в %	абсол. число	относ. в %	абсол. число	относ. в %	абсол. число	относ. в %
I	3-5	2	2,5	6	7,5	3	3,7	11	13,7
II	6-8	4	5	14	17,5	5	6,3	23	28,8
III	9-11	4	5	12	15	6	7,5	22	27,5
IV	12-14	7	8,7	10	12,5	7	8,8	24	30

составили 63 (48%) ребенка с ротовым типом дыхания, 2 группу - 68 (52%) детей со смешанным (носо-ротовым) типом дыхания.

По длительности нарушения носового дыхания больных разделили на 3 группы: 1 группа включала 22 ребенка (16,7%) с давностью нарушения носового дыхания до 3-х лет; 2 группа - 39 детей (29,7%) с давностью нарушения носового дыхания до 5 лет; 3 группа - 70 детей (53,4%) - с более чем 5-летней давностью нарушения носового дыхания.

На основании результатов изучения дыхательной функции носа больных разделили на 3 группы: 1 группу составили 12 больных (9,1%), у которых имелась I степень дыхательной недостаточности; 2 группа - 34 больных (25,9%) со II степенью дыхательной недостаточности; 3 группа - 85 больных (64,8%) с III степенью дыхательной недостаточности. Таким образом, у большинства больных были отмечены II и III степени дыхательной недостаточности.

Все больные были консультированы ортодонтами для выявления частоты и вида ЗЧЛД, распространенности их по возрастным группам, а также корреляционной взаимообусловленности частоты встречаемости ЗЧЛД и ринофарингиальных обструкций (РФО).

Результаты исследования

Частота и виды ЗЧЛД у детей с нарушениями носового дыхания представлены в таблице 1.

Как видно из данной таблицы, среди ЗЧЛД в большинстве случаев выявлялась верхняя ретрогнатия - 32%, — сужение верхней

челюсти с тесным положением фронтальных зубов 16%, и прогнатия с сужением верхней челюсти (13%).

Распространенность ЗЧЛД по возрастным группам представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, частота встречаемости каждого вида ЗЧЛД по возрастным группам была неодинаковой. Самый высокий показатель встречаемости ЗЧЛД наблюдался у детей в возрасте от 6 до 14 лет, что совпадало с периодами бурного роста зубочелюстной системы, с одной

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида патологии зубочелюстной системы

Виды патологии зубочелюстной системы	Деформация новой перегородки	Аденоидные вегетации	Гипертрофия небных миндалин, аденоидные вегетации II-III степени
Верхняя ретрогнатия	+	+	+
Сужение верхней челюсти с тесным положением фронтальных зубов	+	+	+
Верхняя прогнатия	+	+	+
Готическое небо	+	+	+

стороны, с другой, частота встречаемости РФО была намного выше, чем в остальных возрастных группах.

Исходя из вышеуказанного, следует подчеркнуть, что ринофарингиальные обструкции, сопровождающиеся затруднением носового дыхания, в большинстве случаев отрицательно влияют на формирование нормальной анатомической структуры лицевых костей и способствуют возникновению ЗЧЛД.

Обсуждение результатов исследования

Как показали результаты наших исследований, при наблюдении в послеоперационном периоде в сроки до 1 года у 22 (16%) детей, несмотря на восстановление физиологической проходимости полости носа и носоглотки, оставалось стабильное ротовое дыхание. По нашему мнению, причиной этого явился патологический рефлекторный стереотип регуляции дыхательного акта, выработанный у больного в период длительно существующей обструкции носоглотки и дыхания через рот. Кроме того, нами выявлено, что имеется параллелизм между частотой встречаемости ЗЧЛД и давностью нарушения носового дыхания.

Нашими исследованиями также установлено, что у детей с нарушенным носовым дыханием начало зубочелюстно-лицевых деформаций соответствует молочному прикусу, который интенсивно развивается и увеличивается в период сменного прикуса. Данный факт дает основание считать, что образование деформаций зависит от степени нарушения носового дыхания и продолжительности действия причин, способствовавших нарушению носового дыхания.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что раннее лечение больных детей с РФО предупреждает деформативные осложнения зубочелюстной системы, в частности, носовых наружных комплексов.

Рациональная терапия, контроль за полнотой выздоровления, диспансерное наблюдение за переболевшими РФО позволяет снизить рецидивы и исключает возможность возникновения диспропорции роста краниофациальных костей. Поэтому показания к хирургическому и ортодонтическому лечению детей с РФО должны быть расширены в сторону

более молодых возрастных контингентов.

Заключение

На основании результатов наших исследований следует заключить, что зубочелюстно-лицевые деформации имеют тесную взаимосвязь с дыхательной функцией носа. Исходя из этого, рекомендуется восстанавливать носовое дыхание в период молочного прикуса в раннем детском возрасте, что может предотвратить возникновение и усугубление ЗЧЛД.

Литература

1. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Вопросы физиологии и патологии носа и околоносовых пазух// Журн. ушн.нос. и горл., болезней. - 1989.- №4.- С.84-86.
2. Образцов Ю.Л. Влияние и устранение факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей. - Архангельск. - 1990. С.26.
3. Махсудов С.Н., Сагдуллаев Ш.Х., Хасанов С.А и др. Влияние назофарингиальных обструкций на патологическое состояние средней зоны лица// Проблемы неотложных, критических состояний и охраны здоровья матери и ребенка. - Ташкент., 1995. С. 71-73.

K. T. Navruzov, S. N. Mahsudov, S. A. Khasanov. THE STUDY OF INFLUENCE OF HEAVY NASAL BREATHING ON THE DEVELOPMENT OF DENTOMAXILLOFACIAL SYSTEM OF A CHILD

The goal of the research was to study the influence of heavy nasal breathing on forming of deformations of dentomaxillofacial system of a child. 131 patients aged 3 to 14 years were investigated. Children were observed while studying, playing games, sleeping, etc. Cotton tests, rhinopneumometry and other procedures were performed. Findings were supplemented by the information from parents, teachers, and day care counselors. Children were classified into several groups by each characteristic of the disease. The study showed that the extent of deformations of dentomaxillofacial system of children depends on the level of heaviness of nasal breathing, as well as on the duration of breathing problems. Authors concluded that dentomaxillofacial deformations are highly connected with nasal breathing function. Authors recommend reconstruction of nasal breathing in the period of milk occlusion, while children are very young. By the opinion of authors this could prevent the rise and aggravation of dentomaxillofacial deformations.

Поступила 28.10.2000



Г.А.Гаджимирзаев, М.М.Багомедов,
Р.Г.Гаджимирзаева, А.А.Гамзатова

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ

Кафедры
оториноларингологии и
патологической анатомии
Дагестанской медицинской
академии

Известно, что при вазомоторном рините и риносинусите в слизистой оболочке носа выявляются характерные для аллергического и иммунологического воспаления гистохимические изменения (В.П.Быкова, 1983; С.З.Пискунов и соавт., 1987; А.А.Ланцов и соавт., 1991; С.З.Пискунов и соавт., 1991; Н.А.Арефьева, 1997). Представляло определенный практический и теоретический интерес изучение вопроса о том, какие изменения происходят в слизистой оболочке полости носа после курса лечения методом специфической иммунотерапии (СИТ). Подобные исследования возможно могут помочь в разрешении существующих в литературе неоднородных и спорных представлений о механизме терапевтического действия СИТ, а также в оценке эффективности иммунотерапии и прогноза болезни.

Учитывая сказанное, мы поставили задачу изучить гистоморфологические изменения в слизистой оболочке полости носа до и после лечения больных аллергическим (атопическим) ринитом методом СИТ. Аналогичных исследований в литературе мы не встретили.

Нами обследовано 14 больных атопическим ринитом в возрасте от 18 до 40 лет. У всех больных была поливалентная сенсибилизация к пылевым, пыльцевым, эпидермальным и другим неинфекционным аллергенам. Биоптат из переднего отдела нижней носовой раковины брали при помощи ушного конхотома с ложкообразными губками. Ткань слизистой оболочки фиксировалась в 10% растворе формалина. Приготавливали парафиновые срезы. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином по Ван-Гозону и Гимзе-Романовскому. Нейтральные мукополисахариды и гликоген определяли при помощи ШИК-реакции с контролем амилазой, кислые мукополисахариды выявляли по Хейли и Стивдену. Реакцию на РНК проводили по методике Браше с контролем рибонуклеазой.

В результате комплексного морфо-гистохимического исследования, проведенного до начала курса СИТ, выявлено, что в слизистой оболочке полости носа имеются структурные изменения различной степени выраженности, захватывающие эпителиальный покров, базальную мембрану и строму.

Покровный эпителий был отечен, разрыхлен, целостность его во многих местах была нарушена, определялись участки плоскоклеточной метаплазии. Процесс десквамации эпителия сопровождался разрыхлением и отеком базальной мембраны. Менялось соотношение мерцательных и бокаловидных клеток. Число последних увеличивалось, в некоторых участках поверхностный слой эпителия состоял только из секреторирующих клеток. По данным В.П.Быковой (1974, 1983, 1998) увеличение числа бокаловидных клеток сопряжено с уменьшением числа мерцательных эпителиоцитов, что снижает транспортную функцию покровного эпителия, а уменьшение или отсутствие слизистых желез означает дефицит синтеза секреторного компонента иммуноглобулинов А и М. Нарушение двигательной активности мерцательного эпителия и дефицит секреторных иммуноглобулинов приводит к нарушению защитных механизмов слизистой оболочки полости носа.

Базальная мембрана не всюду четко выражена, местами утолщена и отечна. Под базальной мембраной встречались отдельные пиронинофильные гранулы. Клеточный состав стромы представлен макрофагами, тучными клетками, эозинофилами, полиморфноядерными лейкоцитами. Вокруг отечных капилляров, железистых комплексов наблюдались инфильтраты, состоящие преимущественно из клеток лимфоидно-плазмочитарного ряда (рис. 1). Тучные клетки, разбросанные среди клеточных элементов находились в различных фазах секреторной деятельности. Эозинофилы встречались от единичных до 10 – 15 в поле зрения. Коллагеновые волокна собственной пластинки выглядели набухшими и плохо контурировались.

Известно, что в поддержании тканевого гомеостаза значительное место отводится микроциркуляции. Большинство сосудов синусоидного типа были резко расширены, переполнены эритроцитами. Вокруг отдельных сосудов наблюдались очаговые диapedезные кровоизлияния. В стенках сосудов и прилегающих коллагеновых волокнах отмечалась плазморрагия. В прекапиллярах, капиллярах и венулах наблюдались изменения, проявляющиеся неравномерностью просвета, аневризматическими расширениями по ходу капилляров, неравномерностью просвета прекапиллярных артериол,

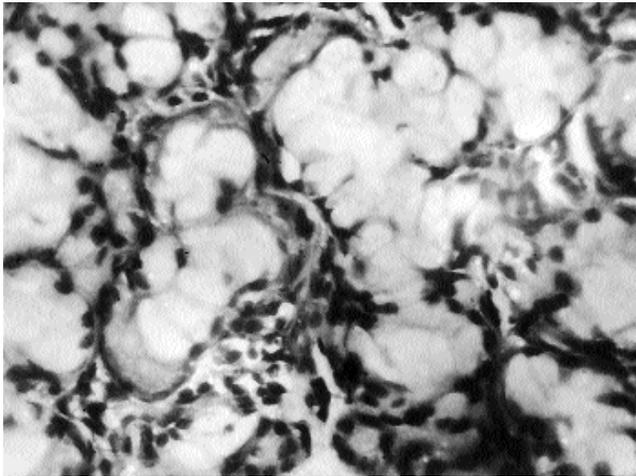


Рис.1. Слизистая оболочка полости носа. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация в железистом комплексе. Окраска гематоксилин-эозином x400.

паретическим расширением посткапиллярных венул. Часть сосудов микроциркуляторного русла окружено лимфоидно-плазмоцитарными инфильтратами и имели замыкательные структуры. По мнению исследователей (С.З.Пискунов и соавт., 1987; С.З.Пискунов и соавт., 1991) замыкательные структуры относятся к числу тонких приспособительных реакций кровеносной системы, обеспечивающих периферическое кровообращение.

Слизисто-серозные железы собственного слоя слизистой оболочки интенсивно продуцировали секрет. Выводные протоки были переполнены секретом, отмечался застой его в просвете концевых отделов и выводных протоков, отчего эти отделы представлялись кистозно расширенными.

Покровный респираторный эпителий претерпевал выраженные морфологические изменения. Увеличение числа бокаловидных клеток, выделяющих значительно большее количество секрета, вместе с секретом желез собственного слоя слизистой оболочки создавало толстый слой слизи над ресничками. Увеличение количества слизи на поверхности слизистой оболочки является одной из причин нарушения двигательной активности мерцательного эпителия (С. З. Пискунов и соавт., 1991; Г.Б. Федосеев, 1995).

Обнаруженные изменения в структуре слизистой оболочки носа до начала иммунотерапии подтвердили наши данные в отношении характеристики процесса, которые были нами выявлены ранее (Г.А.Гаджимирзаев и соавт., 1996; Г.А.Гаджимирзаев и соавт., 1999) у этих же больных на основании изменений цитологического пейзажа и мукоцилиарного клиренса. Результаты функциональных, цитологических и гистоморфологических исследований слизистой оболочки носа у больных атопическим ринитом свидетельствуют о выраженном нарушении барьерной функции слизистой оболочки полости носа.

Для проведения специфической иммунотерапии мы использовали метод, предложенный А.Д.Зисельсоном (1989), согласно которому все дозы лечебного аллергена до разведения 1:1000 вводят ежедневно 2 раза в день,

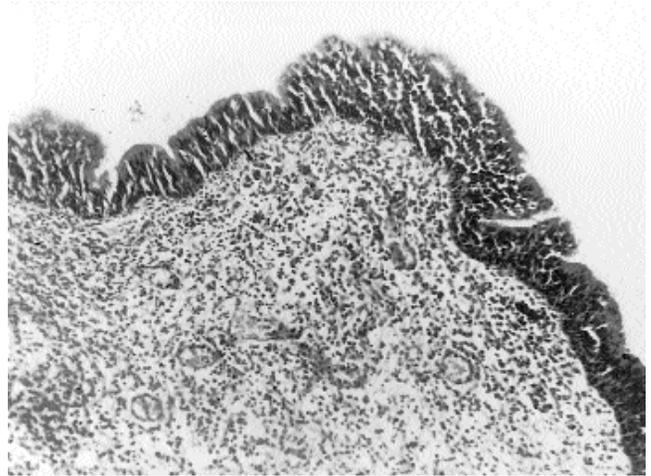


Рис.2 Лимфоидная инфильтрация слизистой оболочки носа после СИТ. Окраска гематоксилин-эозином x 100.

начиная с разведения 1:100, 1 раз в день. Всем больным применяли две группы аллергенов (бытовые и пыльцевые) раздельно по схеме ускоренного варианта.

После проведенной СИТ морфо-гистохимическому контролю подвергался биоптат слизистой оболочки носа непосредственно по окончании первого курса лечения. Повторные гистологические исследования показали, что собственная пластинка заселена преимущественно лимфоцитами и плазматическими клетками (рис.2). В последних нарастала пиронинофилия цитоплазмы, что указывало на созревание клеток-продуцентов иммуноглобулинов (у 9 больных). Среди лимфоцитов и плазматических клеток встречались также единичные (у 5) или группами по 3–5 клеток (у 2) эозинофилы. Сохранялась разрыхленность эпителия, преимущественно очаговая. Увеличилось число интраэпителиальных лимфоцитов. Вместе с тем, в препаратах у 11 больных имели место регенеративные процессы эпителиального покрова вплоть до восстановления его целостности (рис.3). В клетках эпителиального покрова определялись митозы (у 7 больных). Особенно интенсивно окрашивались пиронинофильно плазмобласты и плазматические клетки непосредственно в подэпителиальной зоне (рис.4), где встречались глобулярные пиронинофильные тельца. Волокнистые структуры у 9 больных определялись в таком же количестве как и до лечения. Гиперемия имела преимущественно ограниченный характер, в капиллярных сосудах сохранялись признаки набухания и пролиферации эндотелия.

Сравнительный анализ гистоморфологической картины слизистой оболочки носа до и после проведенного лечения "виновным" аллергеном показал, что под влиянием СИТ отмечалась заметно выраженная тенденция к восстановлению эпителиального покрова слизистой оболочки, усиление миграции в эпителиальный пласт лимфоцитов. Наблюдалось появление плазматических клеток зрелого вида, а также чаще встречались замыкательные структуры в стенке сосудов. Имело место уменьшение или исчезновение эозинофилов



Рис.3 Нормальная микроструктура слизистой оболочки после СИТ.

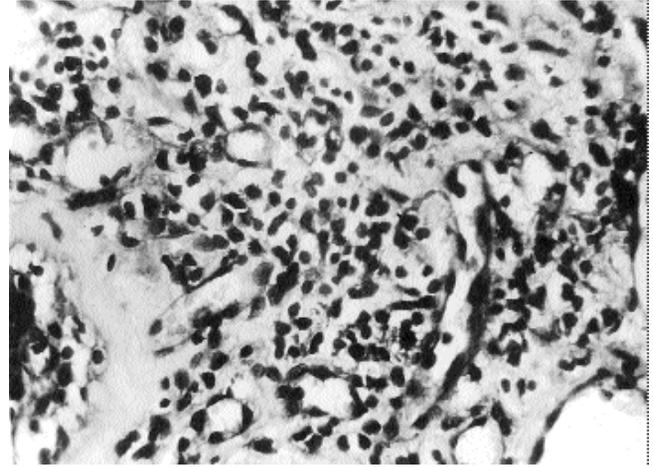


Рис.4 Плазматические клетки в подэпителиальном слое. Окраска по Браше x 400.

и дегранулированных тучных клеток. У больных, получивших СИТ, возрастала пиронинофилия эпителия, плазматизация клеток собственного слоя слизистой оболочки, а разрыхленность ее становилась менее выраженной. В то же время и после проведенной СИТ сохранялась сосудистая реакция в виде гиперемии, продолжали отмечаться явления отека эпителия и подэпителиальных структур, что указывает на сохраняющийся персистирующий воспалительный процесс в слизистой оболочке носа и незавершенность "тканевой десенсибилизации", следовательно необходимость в проведении повторных курсов лечения.

Таким образом, обобщая сравнительные результаты гистологических и гистохимических исследований слизистой оболочки носа у больных с атопическим ринитом до и после лечения, следует подчеркнуть, что под влиянием СИТ активизируется процесс тканевого иммуногенеза и ослабевает реакция тканевой сенсibilизации.

Литература

1. Арефьева Н.А. Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии в ринологии. Уфа, 1997.
2. Быкова Б.П. Некоторые данные морфологического и гистохимического изучения носовой секреции при хронических ринитах и риносинуситах //Вестн. оторинолар. - 1974. - № 5. - С. 62 - 66.
3. Быкова В.П. Аллергическое воспаление //Архив патологии.-1983. Т.-45.-N II.-С.29-36.
4. Быкова В.П. Морфологические и иммунобиологические аспекты патогенеза полипоза носа//Росс. ринолог. - 1998. - № 2. - С. 17 - 18.
5. Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Гаджимирзаева Р.Г. Влияние специфической иммунотерапии на функциональные показатели слизистой оболочки полости носа у больных атопическим ринитом//Российская ринология 1996. -№ 2/3.-С. 45-46.
6. Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Гаджимирзаева Р.Г. Специфическая иммунотерапия при атопических риносинуситах //Росс. ринолог. 1999. - № 1. - С.78

7. Зисельсон А.Д. Поллиноз у детей. Л.: Медицина, 1989.-160с.

8. Ланцов А.А., Лавренова Г.З., Шлопоз В.Г. Морфологические аспекты рецидивирующих синуситов //Журн.ушн., носовых и горловых болезней.-1991.-№ 2.-С.38-41.

9. Пискунов С.З., Гольцман Л.Л. Изменение структур слизистой оболочки носа при вазомоторном рините //Вести.оториноларингологии.-1987. - № 2. - С. 46-49.

10. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Воронеж, 1991.- 182с.

11. Федосеев Г.З. Механизмы обструкции бронхов. СПб.-1995.-334с.

G. A. Gadzhimirzayev, M. M. Bagomedov, R. G. Gadzhimirzayeva, A. A. Gamzatova.
PECULIARITIES OF HISTOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE NASAL MUCOUS MEMBRANE AT PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS UNDER THE INFLUENCE OF THE SPECIFIC IMMUNOTHERAPY

The purpose of the research was studying the processes, which occur in the mucosa of the nasal cavity under the influence of the specific immunotherapy. Comparative study of morphohistochemical changes in the mucosa of the nasal cavity at patients with allergic rhinitis before and after the specific immunotherapy (SIT) was performed. 14 patients with allergic rhinitis aged 18 to 40 years were investigated. On the basis of the given histological and histochemical research of the nasal mucosa the authors have figured out that the process of the tissue immunogenesis activates under the influence of SIT, while the reaction of the tissue sensibility weakens.

Поступила 17.09.2000



КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К СЛУХОУЛУЧШАЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ

Полноценное носовое дыхание является необходимой предпосылкой для нормального функционирования слуховой трубы после слухоулучшающей операции. Поэтому тщательное обследование и лечение заболеваний верхних дыхательных путей и околоносовых пазух являются необходимыми компонентами подготовки к любой слухоулучшающей операции. Поскольку заболевания околоносовых пазух нередко протекают латентно, особенно у детей, в комплекс предоперационного обследования необходимо включать исследование носа и околоносовых пазух, особенно желательна компьютерная томография.

Функция слуховой трубы во многом зависит от степени аэрации носоглотки и правильного прохождения воздушных потоков в полости носа (Лопатин А.С., 1998). Особую роль в аэродинамике носа играет область носового клапана, структуры латеральной стенки полости носа и перегородка. Роль деформаций носовой перегородки в нарушении функции дыхания, необходимость ее хирургической коррекции при заболеваниях среднего уха, доказанный факт (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 1999). Гораздо меньше внимания уделяется состоянию носового клапана и структур латеральной стенки полости носа.

С целью изучения анатомических нарушений носовых структур, обследовано 200 больных хроническим гнойным средним отитом, которым планировалась слухоулучшающая операция. В результате проведенного обследования патологические изменения в состоянии полости носа установлены у 108 (54%) пациентов. Односторонние изменения имелись у 26%, двусторонние - у 74% пациентов. Постоянное анатомическое сужение в среднем или заднем отделе полости носа приводит на одноименной стороне к длительной тубарной дисфункции с нарушением открьтия глоточного устья слуховой трубы. Результаты исследования определили необходимость проведения хирургической коррекции внутриносовых структур (Stammberger H., 1991). Эндоскопические вмешательства в полости носа выполнены у 108 больных хроническим гнойным средним отитом за 2-3 месяца до проведения тимпаноластики. Нами применялись следующие методы эндоскопической ринохирургии в процессе подготовки к слухоулучшающим операциям (Stammberger H., Hawke M., 1996):

1. Подслизистая вазотомия носовых раковин - рассечение артерий, наполняющих пещеристые тела раковин на всем протяжении нижней или средней носовой раковины. Показаниями для вазотомии являлась гиперплазия переднего, заднего конца и тела раковины.
2. Подслизистая кристотомия - удаление участков ограниченной деформации перегородки носа в виде гребня или шипа.
3. Подслизистая латеропозиция носовых раковин - изменение позиции раковин путем перелома и смещения к

Курс оториноларингологии и ЛОР-отделение клинической больницы № 1
Медицинского центра Управления
делами Президента РФ

боковой стенке полости носа.

4. Подслизистая резекция носовой перегородки - исправление обширных деформаций носовой перегородки в хрящевом и костном отделах.

Через 2-3 месяца после коррекции внутриносовых структур проводилась слухоулучшающая операция (тимпаноластика). Сравнивая функциональные результаты тимпаноластики двух групп больных, с предварительной коррекцией внутриносовых структур и без, получили существенное улучшение результатов в группе с коррекцией внутриносовых структур. Социально-адекватный уровень слуха получен у 80,5 % (87 человек) больных после тимпаноластики с предварительной коррекцией внутриносовых структур, а без коррекции социально-адекватный уровень слуха после тимпаноластики имелся только у 72 % (72 человека) больных.

Таким образом, произведенные небольшие эндоскопические вмешательства с целью коррекции изменений анатомии полости носа позволяют устранить риногенные причины дисфункции слуховой трубы, что заметно повысило эффективность слухоулучшающих операций при хроническом гнойном среднем отите.

Литература

1. Лопатин А.С. Современные методы эндоскопической хирургии неопухолевых заболеваний носа и околоносовых пазух. Москва, 1998.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Функциональные эндоскопические операции на околоносовых пазухах и в полости носа. Техника исполнения и необходимый инструментарий. Москва, 1999.
3. Stammberger H. Functional Endoscopic Sinus Surgery. Verlag B.C.Decker, Philadelphia, 1991.
4. Stammberger H., Hawke M. Practical Endoscopy of Nose, Sinuses and Anterior Skull Base. Verlag Martin Dunitz, London, 1996.

V. V. Vishnyakov

CORRECTION OF THE INTRANASAL STRUCTURES DURING PREPARATION TO THE HEAR-IMPROVEMENT OPERATIONS

The article is devoted to the methods of inspection and treatment of patients with chronic purulent middle otitis requiring a hear-improvement operation on the middle ear. The author emphasizes the necessity of CT-inspection of the nasal structures prior to the hear-improvement operation. The investigation was performed on 200 patients with chronic purulent middle otitis, who needed a hear-improvement operation. The investigation revealed that 54% of the patients had pathological changes of the nasal cavity. The results of investigation showed the necessity of surgical correction of the intranasal structures prior to the hear-improvement operation. Comparing the results of hear-improvement surgery at patients with and without preliminary correction of the intranasal structures, the author has figured out that preliminary rhinological surgery raises the effect of the hear-improvement operations at patients with chronic purulent middle otitis.

Поступила 28.12.2000

О.Н. Гришин*, В.С. Пискунов**

ОБ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛОБНЫХ ПАЗУХ

*Районная больница

г.Старый Оскол

**Курский Государственный
Медицинский Университет

Формирование лобных пазух начинается на пятом месяце внутриутробной жизни, когда из щели, ведущей в верхнечелюстную пазуху, вырастает кверху новый эпителиальный ход - будущий лобно-носовой канал. (М.М. Тер-Оганесян, 1927).

Пневматические полости в лобной кости появляются в конце 2-го года жизни. Развитие лобных пазух происходит вследствие резорбции губчатого вещества, однако, в образовавшиеся пустоты прорастают не клетки первичных лабиринтов, а клетки уже сформировавшейся решетчатой кости. (М.С. Дашкевич, 1957).

Иногда в 6-7 лет наблюдается повторное прорастание слизистой оболочки клеток решетчатой пазухи в лобную кость, что приводит к возникновению добавочных лобных пазух. К 7-ми годам размер лобной пазухи достигает горошины, с этого возраста усиливается ее рост, а в течение последующих десяти лет жизни процесс формирования полости распространяется в чешую и глазничные части лобной кости. (М.С. Дашкевич, 1961).

R. Shapiro, S. Schorr (1980) утверждают, что на развитие лобных пазух влияют три группы факторов:

- черепно-лицевая конфигурация;
- толщина лобной кости;
- гормональные агенты роста.

Завершение формирования лобных пазух происходит, по данным различных авторов, в различные сроки - от 14-16 (И.Г. Лагунова, 1981г.) до 19-25 (М.Я. Козлов, 1985г.) и, даже до 40 лет (L.Stern, 1939г.).

С.С.Сафрай (1949) отклонение от средних параметров лобных пазух считал аномалиями, относя к ним следующие:

- недоразвитие или отсутствие одной или обеих пазух;
- значительное увеличение размеров пазух;
- деление лобных пазух перегородками, с формированием строений многокамерного типа.

Неравномерность развития структурных

элементов лобных пазух у детей и подростков мужского пола в постнатальном периоде проявляется значительным числом отклонений от правильного развития в зрелом возрасте. У лиц мужского пола лобные пазухи с отклонениями от правильного развития встречаются значительно чаще, чем у лиц женского пола (А.Г. Волков, 2000г.).

Приводим описание наблюдаемого нами случая аномалии развития правой лобной пазухи.

Больной Б., 38 лет, житель г. Старый Оскол обратился в МСЧ Стойленского ГОКа 9 марта 2000г. с жалобами на периодическую боль в правом надбровье, усиливающуюся по вечерам. В анамнезе заболевания боль средней интенсивности беспокоит в течении 2-3-х месяцев, начало болей постепенное, без видимых причин. Больной был осмотрен неврологом. 9 марта 2000г. выполнена компьютерная томография в двух проекциях. В коронарной и аксиальной проекциях в правой лобной пазухе выявлены два гомогенных образования, разделенных между собой костными перегородками (Рис. 1). При осмотре оториноларингологом воспалительных изменений в полости носа не выявлено, носовое дыхание не



Рис. 1. Компьютерная томограмма околоносовых пазух больного Б. В правой лобной пазухе определяется четыре камеры, две из которых заполнены гомогенным содержимым.

нарушено. На основании данных рентгенологического исследования высказано предположение о многокамерном строении правой лобной пазухи, с наличием в отдельных камерах ограниченного пролиферативного процесса.

17 марта 2000г. больной госпитализирован. Общее состояние удовлетворительное, жалобы на умеренную боль в правом надбровье. Анализы крови, мочи в норме. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. Деформаций, асимметрии лицевого скелета не выявлено. Пальпация, перкуссия в области передней стенки правой лобной пазухи безболезненна. При передней риноскопии: слизистая розовая, носовая перегородка незначительно смещена влево, носовые раковины не увеличены, носовое дыхание свободное, отделяемое скудное, слизистого характера.

В этот же день произведена операция - правосторонняя микрофронтотомия. В мягкие ткани передней стенки правой лобной пазухи введено 4мл 2% раствора лидокаина, после чего произведен горизонтальный разрез кожи длиной 1,5 см по складке. Обнажен небольшой участок передней стенки пазухи, и с помощью желобоватого долота образовано отверстие 6 x 6 мм, которое оказалось в проекции латеральной камеры, содержащей густую слизь. С помощью отсоса слизь была удалена. Камера осмотрена 30° эндоскопом Хопкинса. Слизистая оболочка стенок тонкая, без признаков воспаления, полость размерами 3 x 2 см, замкнутая, выводное отверстие не обнаружено. Щипцами Блексли разрушена ее медиальная стенка. Обнаружена вторая воздушная полость, сообщающаяся с полостью носа. Медиально и кверху после удаления тонкой костной стенки вскрыта воздушная камера размерами 2 x 1,5 см. После разрушения ее верхней костной стенки вошли в четвертую камеру, заполненную вязкой слизью. Костные перемычки между каналами удалены, полость промыта фурацилином. На разрез кожи наложен один шов.

При цитологическом и гистологическом исследовании установлено, что содержимое камер имело мукозный характер без признаков воспалительной реакции, а перегородки представлены костной тканью.

Приведенное наблюдение представляет интерес в связи с редкостью данной аномалии околоносовых пазух. Основным клиническим признаком явился болевой синдром с локализацией в области правого надбровья без признаков нарушения функции носового дыхания. Кроме того, в данном случае не выполнялась радикальная операция на правой лобной пазухе, а

достаточным оказалось минимально инвазивное хирургическое вмешательство под эндоскопическим контролем.

Наблюдаемая аномалия развития лобной пазухи свидетельствует об атипичном процессе ее формирования. Далее произошло нарушение сообщения камер с основной частью пазухи. Это повлекло за собой избыточное накопление слизи в просвете отделившихся камер, рост внутрипазушного давления, развитие болевого синдрома и всей патологической ситуации.

Литература

1. Волков А. Г. Лобные пазухи. // Ростов-на-Дону, 2000г. с.30-34, 78-79.
2. Тер-Оганесян М. М. Развитие придаточных полостей носа в утробной жизни. // ЖУНГБ.- 1927г. N7.Т. IV.с. 550-556.
3. Дашкевич М. С. Развитие пазух лобной кости. // Вестн. оторинолар. – 1961.N2. с.44-45
4. Дашкевич М. С. Развитие придаточных пазух носа. // Тр. Омск. мед. ин-та. – Омск, 1957. Т.23. с. 5-10.
5. Лагунова И. Г. Рентгенанатомия скелета //М.: Медицина, 1981
6. Козлов М. Я. Воспаление придаточных пазух носа у детей // Л.: Медицина, 1985.
7. Сафрай С. С. Заболевание лобной пазухи // Хирургические болезни носа / Медиз, 1949.
8. Shapiro R., Schorr S. A consideration of the systematic factors that influence frontal sinus pneumatization // Invest. Radiol.- 1980. – Vol.15, – N3. – P. 191-202.

O. N. Grishin, V. S. Piskunov

ABOUT ANOMALY IN THE DEVELOPMENT OF FRONTAL SINUSES

Authors describing the case of anomaly in the development of frontal sinuses, specifically, the division of frontal sinuses by septums forming multiple-chamber structures. Pain syndrome in the frontal bone region without signs of impairment of nasal breathing was the main clinical symptom at 23-year-old female. CT-investigation showed four chambers in the right frontal sinus, two of which were filled with content. Septums between chambers and viscous mucus were removed under endoscopic control. The given case is interesting because of rarity of the pathology.

Поступила 01.10.2000



И. В. Ельков, В. А. Вяличкина, И. Н. Бикеева

ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СФЕНОИДИТЕ

Курский государственный
медицинский университет

Клиновидная пазуха находится в теле основной кости. Она является наиболее глубоко скрытой из всех околоносовых синусов. Этим объясняется то обстоятельство, что развивающиеся в ней воспалительные заболевания протекают часто латентно и распознаются нередко лишь на секционном столе. А между тем, частота этих заболеваний, как показывают наши клинические наблюдения, значительна и не намного уступает поражениям лобной и верхнечелюстной пазух.

Трудности диагностики и лечения заболеваний клиновидной пазухи в значительной степени объясняются многообразием вариантов топографо-анатомического строения клиновидной пазухи, обусловленным их взаимоотношениями с задними решетчатыми клетками, расположением и размерами соустьев, степенью пневматизации, отклонениями межпазушной перегородки.

Распространение инфекции в полость черепа может осуществляться либо контактным путем (прямое распространение воспаления) — через стенку клиновидной пазухи, либо по решетчатым венам, либо по периваскулярным путям, т.к. в задне-верхнем отделе клиновидной пазухи, а также в канале зрительного нерва имеется множество сосудистых отверстий.

В отчетных данных практических врачей сфеноидит упоминается эпизодически. Нередко такие больные обращаются к оториноларингологам после длительного и безуспешного лечения у невропатологов, окулистов и психиатров по поводу неврологических симптомов заболевания. В литературе описано много случаев возникновения тромбофлебита кавернозного синуса, гнойного лептоменингита, ретроульбарного неврита как осложнений заболеваний клиновидной пазухи. Данных о возникновении приступов эпилепсии у больных сфеноидитом в отечественной литературе мы не встретили. Приводим клинический случай, наблюдавшийся в ЛОР-отделении ОКБ.

Б - ная М., 17 лет, и/б № 1343, поступила в ЛОР-отделение 13/ХП-1999г. с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной области, которые появились около полугода назад после

переохлаждения. Боли уменьшились после приема анальгетиков. Неделю назад у больной развился приступ эпилепсии, который через 2 дня повторился вновь. Осмотрена невропатологом областной консультативной поликлиники, которая направила ее на КТ головного мозга, во время которой выявлен левосторонний сфеноидит.

14/ХП-99 г. под эндоскопическим контролем произведено вскрытие левой клиновидной пазухи, так как соустье пазухи было заблокировано. Из пазухи выделилось около 5 мл густого гноя под давлением, слизистая оболочка пазухи отечна, утолщена. Соустье с пазухой расширено, в пазуху введен тампон с фурациллином. В этот же день исчезли головные боли. Выписана 23/ХП - 99г. в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 6 месяцев. Жалоб не предъявляет, носовое дыхание свободно, соустье пазухи открыто, приступов эпилепсии не было.

Считаем, что у больных эпилепсией неясного генеза целесообразно компьютерное обследование клиновидной пазухи с целью исключения ее патологии.

I. V. El'kov, V. A. Vyalichkina, I. N. Bikoeva EPILEPSY AT CHRONIC PURULENT SPHENOIDITIS

Sphenoid sinus is the most latent of all nasal sinuses, what inconveniences identification of the inflammatory processes in it, which, nevertheless, occur there not far rarely than in frontal or maxillary sinuses. Considering difficulties in diagnostics of sphenoiditis patients rather often come to ENT-specialists only after long and unsuccessful treatment at neuropathologists, oculists, psychiatrists, and other specialists. Authors examined the case of a 17-year-old female patient, who came to the ENT-clinic complaining aches in the occipital sector and two episodes of epilepsy. CT-investigation showed left-sided sphenoiditis. The patient was operated. During post-op observation 6 months after the operation the patient had no complaints, her nasal breathing was free, and there were no episodes of epilepsy. The authors recommend CT-investigation of sphenoid sinus for patients with epilepsy of uncertain genesis to avoid pathology of the sinus.

Поступила 01.11.2000

М.Е.Виницкий*,
Г.П.Изумрудова**, В.Б.Трушин**

ГИГАНТСКАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

*Кафедра болезней уха, горла и
носа Ростовского государственного
медицинского университета;

**ЛОР отделение областной
клинической больницы

Холестеатома лобной пазухи является довольно редким заболеванием (А.И.Гешелин, 1936, В.И.Амитин, 1958, В.П.Иванов, 1976, Н.Н.Юдов, 1979, А.Г.Волков, 2000). Так, Ф.И.Добромьельский (1948) описал 14 случаев холестеатом лобных пазух, С.К.Ченгери (1952) нашёл в отечественной литературе описание трех случаев данного заболевания. Н.Н.Юдов (1979) упоминает о 20 случаях, описанных в литературе. R.S.Campanella et al. (1979) описали 4 наблюдения заболевания. По их данным, в мировой литературе опубликовано 23 случая гистологически доказанной холестеатомы лобно-решётчатой локализации больных только мужского пола в возрасте 36 - 65 лет (цит. по А.Г.Волков, 2000).

По своей природе холестеатомы относятся к псевдохолестеатомам (вторичным, ложным), которые возникают в результате гнойного воспалительного процесса. Истинная холестеатома является врождённой и представляет собой гетерогенную тканевую опухоль. По мнению Н.С.Благовещенской (1972), истинные холестеатомы лобной пазухи встречаются исключительно редко, дифференцировать их и псевдохолестеатомы очень трудно, так как продукты жизнедеятельности истинных холестеатом оказывают раздражающее действие на окружающие ткани, в результате чего в них возникает хроническое

воспаление.

Клиницисты приводят следующую картину заболевания: появление припухлости соответственно зоне поражения, птоза, экзофтальма различной степени, иногда — диплопии. При рентгенологическом исследовании могут быть выявлены признаки разрушения стенок пазух.

Считаем целесообразным поделиться собственным наблюдением.

Больная П., 23 лет, жительница Ростовской области, поступила в ЛОР отделение областной клинической больницы Ростова-на-Дону 3,04.2000г. с жалобами на покраснение и припухлость верхнего века левого глаза. Заболела 2 недели назад, когда после перенесенного гриппа развились указанные клинические симптомы. Лечилась по месту жительства у окулиста, который произвёл разрез верхнего века левого глаза. Со слов больной, был получен гнойный экссудат. Улучшения не наступало. Больная была направлена на лечение в ЛОР отделение областной клинической больницы г. Ростова-на-Дону.

При объективном исследовании ЛОР-органов имеется небольшое искривление перегородки носа в обе стороны. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, имеется небольшой её отёк. Средние носовые ходы незначительно сужены, экссудата не содержат. В общих носовых ходах — небольшое количество слизи. Носовое дыхание не

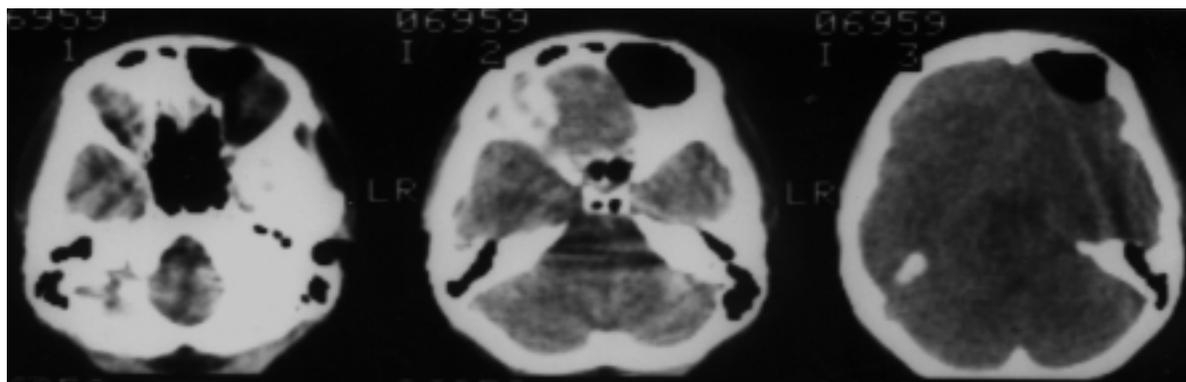


Рис. 1. Гигантская холестеатома лобной пазухи.

нарушено, обоняние сохранено,

Кожа верхнего века левого глаза гиперемирована, инфильтрирована, на ней имеется горизонтальный разрез длиной около 3 см, покрытый корочкой. Имеется незначительный птоз верхнего века левого глаза. Движения глазных яблок в полном объёме. Нарушения зрения нет. Пальпация и перкуссия лицевых стенок лобных пазух безболезненна. Костных дефектов не выявлено.

На рентгенограмме околоносовых пазух в полуаксиальной проекции лобные пазухи больших размеров, орбитальная стенка левой лобной пазухи не контурируется. Прозрачность левой лобной пазухи неравномерно снижена. Имеется пристеночное затемнение верхнечелюстных пазух. Была произведена диагностическая пункция левой верхнечелюстной пазухи. Экссудата получено не было.

В анализах крови и мочи патологии не выявлено. Реакция Вассермана отрицательная. Антител к ВИЧ не обнаружено.

Заключение окулиста: VOS = 0,9; отёк верхнего века левого глаза. Передний отрезок глаза без изменений, оптические среды прозрачны. Диск зрительного нерва с чёткими границами, бледно-розового цвета. Ход и калибр сосудов глазного дна не изменены.

С диагнозом: «острый постгриппозный гнойный пансинусит» больная была направлена на операцию.

6.04.2000 г. под эндотрахеальным наркозом произведено вскрытие левой лобной пазухи. В пазухе обнаружена гигантская холестеатома, заполняющая всю пазуху. Мозговая и орбитальная стенки пазухи разрушены с обнажением твёрдой мозговой оболочки и параорбитальной клетчатки. Патологических изменений твёрдой мозговой оболочки и параорбитальной клетчатки не выявлено. В межпазушной перегородке обнаружен большой костный дефект. Зонд, введённый в разрез на верхнем веке левого глаза, свободно проходил в лобную пазуху. Патологическое содержимое из пазухи удалено. Проложено соустье в полость носа с введением дренажной трубки. Ход, сообщающий разрез на верхнем веке с лобной пазухой иссечён, на верхнее веко наложены швы. Рана в области лба послонно ушита.

Гистологическое исследование удалённых из пазухи масс № 26374-26378 от 7.04.2000.: множественные дряблые, бесструктурные, распадающиеся, белесые слоистые кусочки общим объёмом около 20 см.

При компьютерной томографии головного мозга 11.04.2000г. патологических изменений не выявлено.

Течение послеоперационного периода без особенностей. Больная выписана на 11 день после операции в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение представляет интерес тем, что холестеатома гигантских размеров вызвала значительную деструкцию стенок лобной пазухи у женщины 23 лет.

Литература

1. Амитин В. И. К вопросу о ложных холестеатомах придаточных пазух носа // Вестн оторинолар. - 1958. - №5. - С. 72-77.
2. Благовещенская Н. С. Сочетанные поражения лобных пазух и мозга // М. 1972.
3. Волков А. Г. Лобные пазухи // Ростов-на-Д: «Феникс», 2000.
4. Гешелин А.И. Холестеатома лобной пазухи // ЖУНГБ. - 1936. - № 5. - С. 596-599
5. Добромьельский Ф. И. К вопросу о псевдохолестеатомах придаточных пазух носа // Вестн. оторинолар. - 1948. - № 1. - С. 63.
6. Иванов В. П. Холестеатома лобной пазухи // Вестн. оторинолар. - 1976. - № 1. - С. 81-82.
7. Ченгеру С. К. К вопросу о псевдохолестеатомах придаточных пазух носа // Вестн. оторинолар. - 1952. - № 2. - С. 48.
8. Юдов Н. Н. Холестеатома лобной пазухи // ЖУНГБ. - 1979. - № 3. - С. 80.
9. Campanella R. S., Caldarelli D. D., Friedberg S. A. Cholesteatoma of the frontal and ethmoid sinus//Ann. Otol. - 1979. - Vol. 88 - N. 4. - P. 518-523,

M. E. Vinitsky, G. P. Izumrudova, V. B. Trushin GIANT CHOLESTEATOMA OF THE FRONTAL SINUS

Cholesteatoma of the frontal sinus is a rare disease. By its nature it belongs to pseudocholesteatomas, which could be found at male patients aged 36 to 65 years. Authors want to present their own observation. 23-year-old female patient entered the clinic with complaints on reddening and intumescence of the left upper eyelid. Giant cholesteatoma with a volume of about 20 cm³ was found during operation. The given observation is interesting because of sizeable destruction of the walls of the frontal sinus made by the giant cholesteatoma.

Поступила 10.09.2000



В.П. Иванов

ГИГАНТСКОЕ МУКОЦЕЛЕ ЛОБНЫХ ПАЗУХ И РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА

Белгородская областная
клиническая больница

Мукоцеле - напряженное кистевидное растяжение стенок придаточных пазух носа. Может наблюдаться в любых пазухах, но чаще в лобных и решетчатых лабиринтах. Травма в этиологии мукоцеле подчеркивается всеми наблюдавшими мукоцеле околоносовых пазух (Лихачев А.Г. 1948; Староха А.В. и соавт. 1985; Михлин Е.А., 1987). В результате травмы возникает непроходимость естественного соустья пазухи, стенки ее растягиваются накапливающимся содержимым, которое может быть серозным, слизистым или гнойным. Иногда разрушения пазух бывают значительными и требуют реконструкции стенок (Староха А.В. и соавт., 1985; Марков и соавт., 1986; Павловский В.М., 1986)

Диагностика мукоцеле ППН, как правило, не вызывает особых затруднений, надо учитывать анамнез, длительность заболевания, характерную рентгенологическую картину. Компьютерная томография в настоящее время значительно облегчила диагностику мукоцеле с детализацией распространения и разрушения (Добротин В.П. и соавт., 1987).

За 30 лет в ЛОР отделении областной больницы № 1 мы наблюдали только 2 случая громадных мукоцеле лобных пазух и решетчатого лабиринта с выраженной глазничной симптоматикой, в одном случае без разрушения мозговой стенки, и в приводимом настоящем случае - с большой деструкцией мозговой стенки.

Больная Р. 75 лет, жительница г. Губкин поступила в ЛОР отделение 13.08.99 г. с диагнозом: мукоцеле лобной пазухи? Жалобы на наличие припухлости в области лба, смещение левого глаза и отсутствие на него зрения. В 1991 году после легкой травмы лба образовалась опухоль, которая временами то увеличивалась, то уменьшалась, но постепенно росла. Обращалась впервые к врачу ЦРБ только в 1998 году. тогда же при рентгенологическом исследовании заподозрено мукоцеле лобных пазух и предложено хирургическое лечение, от которого больная отказалась. Однако, в связи с нарастающим выпячиванием глаза, двоением и снижением зрения, обратилась вновь через 1 год.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Анализы крови и мочи в норме. Осмотр окулиста: глазное яблоко смещено кпереди вниз и влево, движения ограничены, птоз верхнего века, экзофтальм, хемоз конъюнктивы, частичная атрофия зрительного нерва слева, зрение слева - 0,4, справа - 0,6. Осмотр терапевта - гипертоническая болезнь III степени.

В области лба отмечается полусферическое выпячивание плотноэластической консистенции, размером до 5 см в диаметре. Кожа над ним не изменена.

При передней риноскопии отмечается небольшое сужение общего носового хода в верхних отделах за счет латеральной стенки, дыхание свободное, отделяемого нет. Со стороны других ЛОР органов патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме околоносовых пазух (рис. 1) отмечается крупный дефект лобной кости, размером 5x7 см, отсутствие межпазушной перегородки клетки решетчатого лабиринта слева представляют единую полость; гомогенное затемнение левой верхнечелюстной пазухи.

На КТ в сагитальной проекции (рис. 2) - лобные пазухи увеличены в размерах, представляют единую полость, размером 5 x 3,4 см. заполненную негетогенным содержимым, которое через решетчатый лабиринт распространяется в левую гайморову пазуху, выбухает в полость орбиты через верхнюю и медиальную стенки. Передняя и задняя костные стенки лобных пазух с признаками деструкции. Глазное яблоко смещено вниз и влево.

Заключение: мукоцеле лобных пазух, решетчатого лабиринта и левой гайморовой пазухи.

Больная консультирована нейрохирургом. Заключение: очаговой симптоматики не выявлено. Имеет место посттравматическая киста лобных пазух. Рекомендовано в случае дефекта твердой мозговой оболочки, совместно с нейрохирургом ушивание последней, пластика дефекта. 23.07.99 г. под интубационным наркозом атипичным Т-образным разрезом по складкам лба открыта патологическая полость в области лба, решетчатого лабиринта и левой орбиты, которая заполнена серого цвета мукозным содержимым (около 100,0 мл). Выявлен дефект задней стенки в диаметре 4 см. Слизистая оболочка полости, утолщенная и фиброзно-измененная, свободно удалена из всех отделов, но оказалась интимно сращенной с твердой мозговой оболочкой в области дефекта. Этот участок слизистой оболочки с ободком 0,5 см вокруг кости оставлен, внутренняя поверхность его выскоблена. Решетчатый лабиринт слева представлял единую полость уходящую в орбиту и гайморову пазуху. Слизистая оболочка гайморовой пазухи утолщена, содержимого в пазухе нет.

Учитывая наличие громадной полости, почти полное отсутствие передней стенки, от пластики и сохранение этой полости решено отказаться и предпочесть ее облитерацию. Сглажены края дефекта лобной кости, передняя стенка (кожа и надкостница свободно уложены на заднюю стенку). Наложено соустье с полостью носа в области решетчатого лабиринта слева, введена трубка диаметром 0,6 см. Рана ушита наглухо. Глаз почти

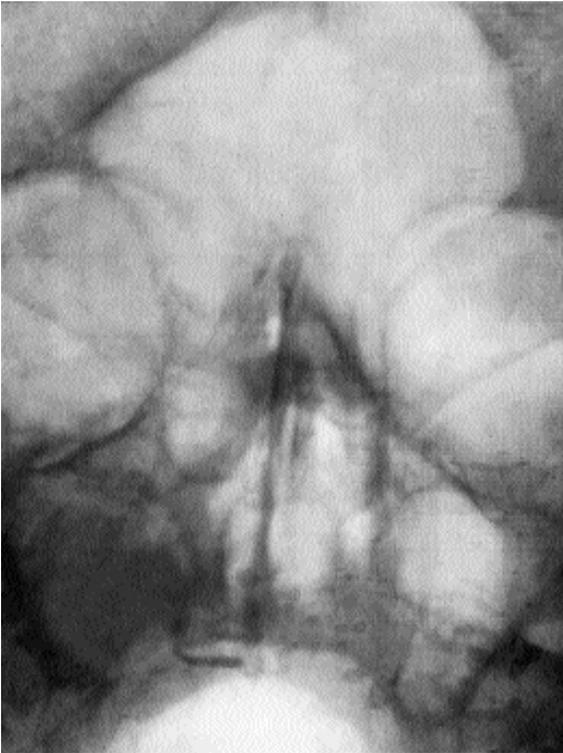


Рис. 1 Обзорная рентгенограмма околоносовых пазух больной Р.

полностью стал на место. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажная трубка удалена через 2 недели. Выписана через 3 недели после операции с удовлетворительным косметическим эффектом (легкое равномерное западение области лба и надбровной дуги слева).

Гистология: слизистая оболочка ППН с явлениями хронического воспаления. Осмотр через год. Жалоб нет. Имеется втянутый рубец в центре лба, размером 2x1,5 см и сглаженность надбровной дуги слева. Бывшая полость как таковая отсутствовала. Риноскопия нормальная. Соустье зарращено. Положение глазного яблока слева нормальное, движения в полном объеме, зрение - OS = 0.5 диоптрий (не корректируется), субатрофия зрительного нерва.

Осмотр нейрохирурга - очаговой патологии не выявлено. М-эхо - S = D = 70 мм. Случай приводится в связи с редкостью громадного мукоцеле лобных пазух, решетчатого лабиринта, глазницы с большими разрушениями костных стенок. Альтернативой пластики дефектов в некоторых случаях может быть облитерация патологической полости.

Литература

1. Добротин В.Е., Филимонов Г.П., Худиев А.Н. Компьютерная рентгенография в диагностике атипичного мукоцеле лобной пазухи. // Вести, оторинолар.- 1987. - № 5, - с. 65 -67.
2. Лихачев А.Г. О кистевидном растяжении придаточных пазух носа. // М. - 1948.
3. Марков Г.И., Мазетов Г.С. Сочетание онкоцитомы

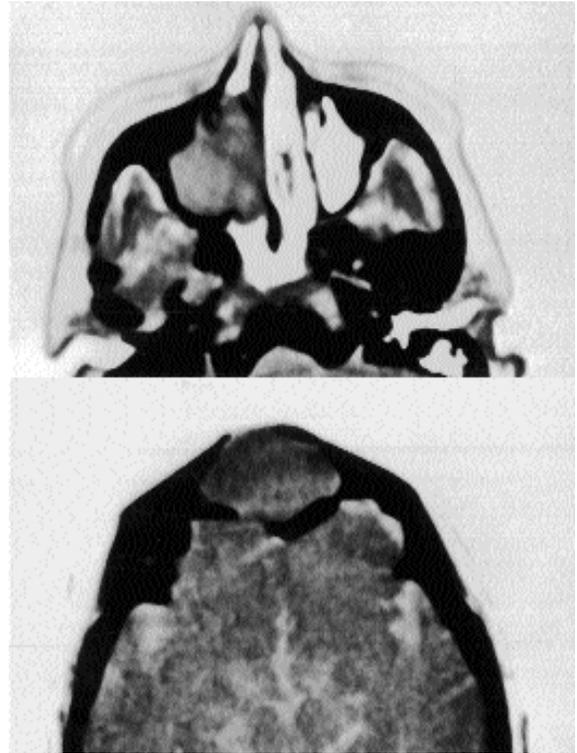


Рис. 2 КТ черепа в аксиальной проекции больной Р.

носовых пазух с гигантским мукоцеле. // Вестн. оторинолар". - 1986,- № 5,- с.74 - 77.

4. Павловский В.М. Мукоцеле верхней челюстной пазухи. // Вестн. Оторинолар.-1986.- № 1.- с. 68-70.

5. Староха А.В., Сапрыкин В.Н. Мукоцеле верхней челюстной пазухи, потребовавшей реконструкции лицевой стенки и внутричерепных структур. // Вестн. Оторинолар.. - 1985 - № 5. - с. 54 - 56.

V. P. Ivanov

GIANT MUCOCELE OF FRONTAL AND ETHMOID SINUSES

The author describes a rare observation of a very large mucocele with the destruction of the walls of the ethmoid sinus at a 75-year-old female patient. Obliteration of the pathological cavity with positive physiological and cosmetic effect was a good alternative to plastic surgery of defects in the given case.

Поступила 09.10.2000

От редакции

Автора можно поздравить с успешным лечением больной. Мукоцеле с подобным распространением достаточно редки, но не являются исключением. В современных условиях при наличии компьютерной томографии диагноз устанавливается с высокой достоверностью, как было и у автора. Наличие эндоскопов дает возможность эндоназальным подходом хорошо открыть и очистить полость. Соустье с пазухами можно создать даже больших размеров, чем выполнили авторы. Эндоскопическая хирургия дает возможность избежать излишней травмы тканей лица и последующих косметических дефектов.

О.Н.Гришин, А.А.Бондарев

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ ОПТИЧЕСКИХ ПРИБОРОВ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ

ЛОР-отделение районной
больницы г.Старый Оскол

При эндоскопических хирургических вмешательствах в полость носа, околоносовых пазухах и других областях возможности выполнения операции ограничены в связи с тем, что одна рука хирурга удерживает ригидный эндоскоп. С целью облегчить возможности манипулирования во время эндоскопических операций, расширения функциональных возможностей нами предложено устройство для фиксации эндоскопа и эндоскопических инструментов, позволяющее освободить вторую руку хирурга для активных манипуляций.

Устройство содержит (рис. 1) разъемный кронштейн (4) с винтом-фиксатором для прикрепления к операционному столу, три штанги (3, 5, 11), последовательно соединенных между собой двумя подвижными рычагами (7), закрепляемыми в нужном положении гайкой 6 и прижимными металлическими (8, 10) и резиновой (9) шайбами. Концевая штанга (3) при помощи шарнирного устройства (2) соединена с цанговой конструкцией (1), позволяющей закреплять в необходимом функциональном положении соответствующие диаметру эндоскопические инструменты и оптические приборы.

Шарнирное соединение (рис.2) состоит из соединительного разьема (1) основной шаровой опоры с концевой штангой (9), металлической (4) и резиновой (5) шайб, закрепляющей гайки (3), определяющей свободу вращения в шарнире, шаровой опоры цанги (6), верхнего (2) и нижнего (8) корпусного прямоугольного элементов с полусферическими выборками под шаровые опоры с запрессованным соединительным болтом (7).

Цанговая конструкция (рис. 2) включает: корпус-цангу (1), имеет на одном из своих концов (4) цанговые лепестки с конической резьбой для фиксирующей гайки (2).

Корпус-цанга за счет большой площади контакта с введенным в него инструментом исключает его

боковые смещения даже вне зоны фиксации.

Особенностью конструкции является соединенные с тремя штангами два коротких рычага, каждый из которых выполняет функцию двойного шарнира с возможностью вращения во взаимоперпендикулярных плоскостях.

За счет наличия демпферных резиновых шайб в штанговой и шарнирной конструкциях возможно плавное регулирование крутящего и изгибающего момента в шарнирных сочленениях путем изменения силы затяжки закрепляющих гаек.

Это дает возможность осуществлять предоперационную регулировку путем распределения момента сопротивления в сочленениях по принципу – чем дальше от концевой (цанговой) части устройства, тем больше момент сопротивления в шарнирах, что позволяет в свою очередь избежать необходимости воздействия на затяжные гайки узлов для изменения положения всей конструкции.

Таким образом, предоперационная регулировка дает возможность путем воздействия непосредственно на рабочую (цанговую) часть устройства формировать по ходу вмешательства устойчивую конфигурацию всей конструкции, и, следовательно, сократить время подготовки устройства к работе при изменении пространственного положения закрепляемого объекта.

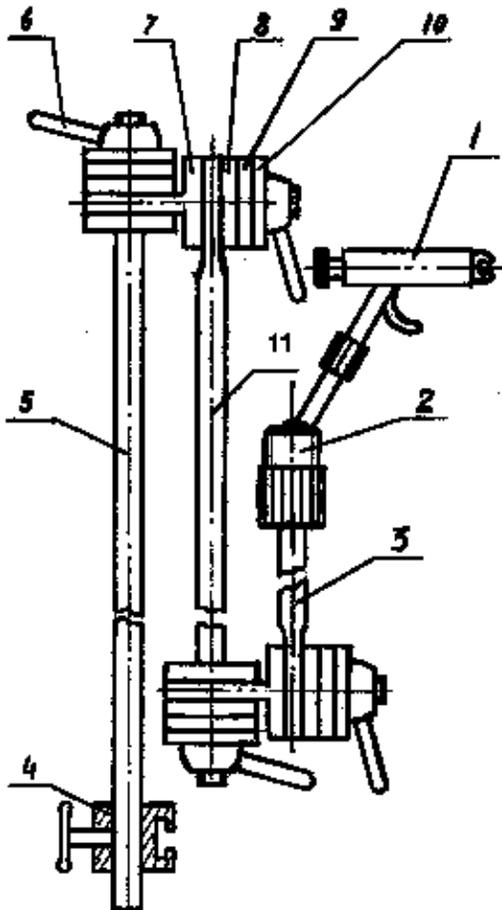
Конструкция и длина штанг позволяет перемещать их относительно друг друга и в различных плоскостях трехмерного пространства, моделируя таким образом любую пространственную форму устройства и меняя зону и направление его действия в зависимости от конституциональных особенностей пациента и конкретной операционной ситуации.

Устройство работает следующим образом.

До операции производится сборка и регулировка соединений конструкции путем распределения момента сопротивления в шарнирных сочленениях за



Рис. 4. Выполнение операций с помощью устройства.



счет постепенного усиления затяжки закрепляющих гаек от шарнирного устройства концевой штанги до рычажного соединения у первой штанги.

После обработки операционного поля, определяется необходимое функциональное положение оптического прибора (риноскопа) или инструмента, направление оперативного доступа к объекту вмешательства. Первая штанга устройства прикрепляется в вертикальном положении кронштейном к операционному столу, а остальные, располагаясь преимущественно в горизонтальном положении под углом друг относительно друга, самостоятельно моделируются при подведении захватывающего цапгового устройства к объекту фиксации, приобретая устойчивую пространственную конфигурацию после захвата и фиксации его в требуемом функциональном положении. При необходимости изменения направления оси операционного действия путем перемещения и вращения по плоскости цапговой конструкции добиваются нового искомого положения.

Рис. 1. Общий вид. Устройство для фиксации инструментов и эндоскопов.

- 1 - цапговая конструкция
- 2 - шарнирное устройство
- 3, 5, 11 - штанги
- 4 - кронштейн
- 6 - гайка
- 7 - рычаг
- 8, 10 - металлическая шайба
- 9 - резиновая шайба

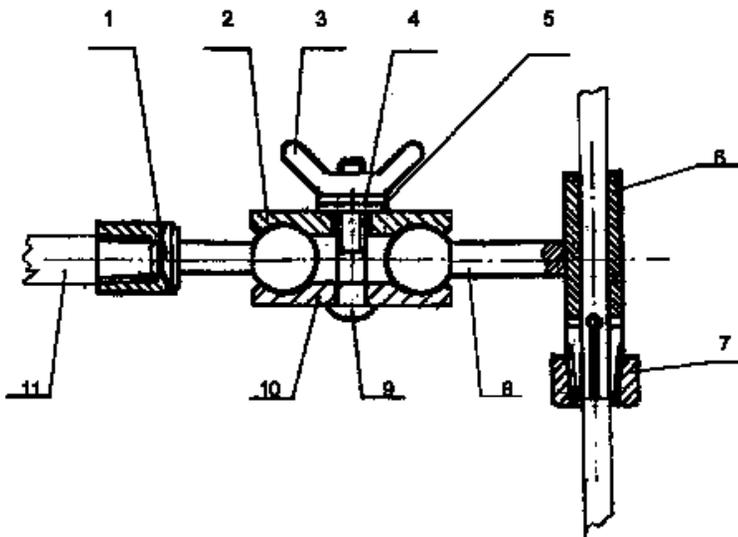
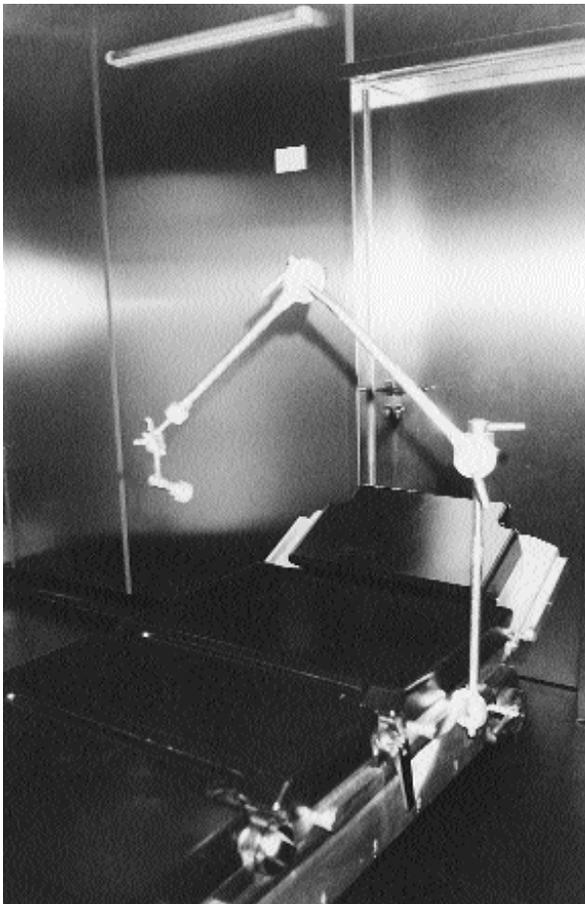


Рис. 2. Цанговая конструкция с шарнирным соединением

- 1 - соединительный разъем основной шаровой опоры
- 2 - верхний корпусной прямоугольный элемент
- 3 - затяжная гайка
- 4 - металлическая шайба
- 5 - резиновая шайба
- 6 - корпус лепестковой цанги
- 7 - гайка-фиксатор с конической резьбой
- 8 - шаровая цанговая опора
- 9 - соединительный болт
- 10 - нижний корпусной прямоугольный элемент
- 11 - концевая штанга



3. Фиксация устройства на операционном столе.

По окончании вмешательства устройство разбирается и стерилизуется обычным способом, принятым для хирургического инструментария.

Настоящее изобретение промышленно применимо, так как устройство изготавливается из легированной инструментальной стали и для его промышленного производства не требуется специальной оснастки и специальной технологии, кроме тех, что в настоящее время используется в производстве хирургических инструментов.

Изготовленный опытный образец устройства использован нами при 42 эндоскопических вмешательствах при этом подтверждены его технические характеристики, обеспечивающие решение поставленной в изобретении задачи.

Таким образом, предложенное устройство, его техническое решение позволяет достичь поставленную задачу за счет четкой фиксации риноскопа в нужном положении, плавного изменения направления оси операционного действия, широкой свободы изменения угла направления, освобождения второй руки хирурга.

O. N. Grishin, A. A. Bondarev
A DEVICE FOR THE FIXATION OF OPTICAL AND ENDOSCOPIC INSTRUMENTS

Authors developed a device for the fixation of endoscope and endoscopic instruments, which allows to free out the second hand of a surgeon for active manipulations. The construction and possibilities of use of the given device are described in the article in detail.

Поступила 01.10.2000

Р.Г.Гашимов, Т.А.Бабаев,
У.Н.Хандагджи,
Т.С.Курбанов, Э.Г.Фараджев

ГАЙМОРОВА ПАЗУХА – ЧЬЯ ОНА?

Кафедра хирургической
стоматологии Азербайджанского
Медицинского Университета

Название данной статьи у некоторых ее читателей возможно вызовет недоумение. Однако, нами вполне осознано ставится такой дискуссионный вопрос. Может быть мы не стали бы поднимать дискуссию по данной проблеме, если бы не появление статьи оториноларингологов С.З. Пискунова и Т. Г. Быкановой «Щадящее хирургическое лечение одонтогенных гайморитов», опубликованной в журнале «Российская ринология», №4, 1999, с.15-17.

Прежде чем перейти к тексту о несогласии с позицией С.З. Пискунова и Т. Г. Быкановой по поставленной проблеме, остановимся на некоторых, на наш взгляд, принципиальных вопросах.

Дело в том, что по сей день идут нескончаемые и довольно жаркие споры по поводу вопроса: гайморита пазуха, иначе говоря, верхнечелюстная пазуха – чья она? И ведут эти споры прежде две категории специалистов – оториноларингологи и стоматологи. Суть спора состоит в следующем: кому принадлежит верхнечелюстная пазуха?

Казалось бы, сама постановка такого вопроса не совсем уместна и более того, неразумна. Но нет. Когда дело касается того, в клинике каких специалистов должны лечиться больные с гайморитами, идет непримиримая борьба. Оториноларингологи считают, что больные с гайморитами должны лечиться в их клиниках, стоматологи же считают, что больные с этими заболеваниями должны лечиться в их клиниках. Эта борьба особенно обострилась в последнее время, в связи с переходом здравоохранения в

странах СНГ на пока не совсем понятную систему «рыночной» экономики и платного обслуживания здоровья населения. Поскольку обсуждаемая проблема касается охраны здоровья многих миллионов людей, проживающих на всем постсоветском пространстве, ее надо решать.

Что касается гайморитов непосредственно, то благо, что они хотя бы по медицинской терминологии разделены на риногенные гаймориты и одонтогенные гаймориты. Из этих названий, даже не для медицинского работника, явствует, что причиной одних гайморитов могут быть болезни, возникающие в носу; причиной же других – болезни зубов. Видимо, и поэтому было произведено предусмотрительное разделение гайморитов на риногенные и одонтогенные, чтобы не возникали споры между оториноларингологами и стоматологами. Однако суждения некоторых авторов свидетельствуют о том, что такое разделение их не устраивает. Примером тому может быть вышеупомянутая статья С.З. Пискунова и Т. Г. Быкановой.

Рассмотрим некоторые позиции, изложенные в их статье и порассуждаем о том, где они правы, а где нет. При этом, в основу данных рассуждений положим суждения самих авторов.

Мы согласны с авторами статьи о том, что «причиной развития одонтогенных гайморитов являются тесные топографоанатомические взаимоотношения верхнечелюстной пазухи с зубами верхней челюсти» и что «одонтогенные гаймориты составляют 25-30% от общего числа воспалительных заболеваний верхнечелюстной

Можно согласиться и с тем, что авторы статьи, будучи оториноларингологами, взялись за лечение одонтогенного гайморита, хотя оториноларингологи категорически против того, чтобы риногенный гайморит лечили стоматологи. Мы не исключаем даже возможность того, что это лечение одонтогенного гайморита они сделали лучше, чем некоторые стоматологи.

Но мы никак не можем согласиться с мнением С.З. Пискунова и Т. Г. Быкановой о том, что больные с одонтогенным гайморитом (обратите внимание – с одонтогенным) «должны лечиться в оториноларингологических отделениях». Столь категоричное мнение авторов, претендующих на «щадящий оптимальный вариант методов функциональной ринохирургии», вызывает по крайней мере удивление.

Далее цитируем: «Больные с одонтогенным гайморитом должны лечиться в оториноларингологических отделениях. Оториноларинголог лучше челюстно-лицевого хирурга знает особенности патологического процесса в верхнечелюстной пазухе, ее взаимоотношениях с пазухами решетчатой кости, которые могут вовлекаться в патологический процесс при одонтогенных гайморитах, он владеет всеми методами эндоназальных хирургических вмешательств, выполнение которых может потребоваться больному, в то время как челюстно-лицевые хирурги плохо представляют себе хирургическую анатомию полости носа и не владеют методиками эндоназальной хирургии. Кроме того, оториноларинголог при одонтогенном гайморите может использовать и комплекс консервативных мероприятий, которые помогут обеспечить санацию пазухи и в некоторых случаях избавят больного от хирургического вмешательства. Практика показывает, что во многих случаях больным с одонтогенным гайморитом, поступившим в отделение челюстно-лицевой хирургии, вообще не проводится консервативная терапия, а сразу выполняется радикальная операция на верхнечелюстной пазухе».

По данному заключению авторов у нас возник ряд вопросов:

- почему «больные с одонтогенным

гайморитом должны лечиться в оториноларингологических отделениях»?

- откуда мнение, что «челюстно-лицевые хирурги плохо представляют себе хирургическую анатомию полости носа»?

- какая практика показывает, «что во многих случаях больным с одонтогенным гайморитом, поступившим в отделение челюстно-лицевой хирургии, вообще не проводится консервативная терапия, а сразу выполняется радикальная операция на верхнечелюстной пазухе»?

Поскольку такие и им подобные суждения оториноларингологов являются субъективными и не отражающими сути проблемы, было бы справедливым напечатать на страницах уважаемого журнала «Российская ринология» ответы на поставленные вопросы. Для объективной дискуссии со своей стороны приведем суждения ведущих специалистов хирургов-стоматологов, опубликованные в двух книгах.

Первая книга «Одонтогенные гаймориты», Издательство «Медицина», 1968. Авторы – Ю.И. Бернадский (но не Вернадский, как напечатано в статье С.З. Пискунова и Т. Г. Быкановой) и Н.И.Заславский.

Цитаты из этой книги следующие:

«...ринолог Л.А.Натансон (1924) писал, что ринологам при хроническом гнойном гайморите не всегда легко установить инфекционного или зубного происхождения диагностируемый гайморит и что они часто делают несомненную ошибку, забывая о возможности гайморита зубного происхождения» (с.20).

«Ввиду того, что полость рта и зубочелюстная система ринологами обследуется недостаточно, а иногда и вовсе не обследуется, то правильные клинические выводы часто сделать очень трудно... Вопрос о возможности одонтогенных гайморитов имеет исключительно большое практическое значение, так как клиническое течение и лечение гайморитов зубного происхождения во многом отличаются от клинической картины и лечения риногенных гайморитов» (с.23-24).

Вторая книга «Одонтогенные верхнечелюстной синусит», Минск, «Высшая школа», 1991 (с.154). Авторы – Г. В. Кручинский и В. И. Филипенко.

Цитаты из этой книги следующие:

«Если говорить о тактике оториноларинголога, то здесь должно стать абсолютным правилом – всех без исключения больных с явлениями синусита необходимо консультировать у стоматолога на предмет исключения одонтогенной причины независимо от того, есть или нет подозрения на связь этого процесса с заболеваниями зубов. Между стоматологами и оториноларингологами каждого лечебного учреждения должны быть на этот счет полная договоренность и взаимопонимание.

Только так можно искоренить частые ошибки, которые, к сожалению, возникают и теперь. Кстати, в вопросах касающихся верхнечелюстного синусита, возможностей обследовать и лечить больного у оториноларинголога больше, поэтому он должен быть ведущим специалистом. Собственно, каждого больного одонтогенным синуситом должны посмотреть и высказать свое мнение о сущности процесса, лечебной тактике как стоматолог, так и оториноларинголог. Они совместно должны решить, в каком лечении нуждается больной: амбулаторном или стационарном, что и в какой последовательности ему необходимо сделать.

Мы считаем, что оториноларинголог должен лечить более сложных больных, где имеются какие-то сомнения, больных у которых, помимо верхнечелюстной, в процесс вовлечены другие придаточные пазухи носа, среднее ухо и др. В этих случаях в первую очередь должна быть устранена одонтогенная причина, если она есть.

Иногда удалить одонтогенную причину, например нагноившуюся кисту, или закрыть ороантральный свищ целесообразно одновременно с основной операцией на пазухе. Тогда больного должны оперировать оториноларинголог и стоматолог вместе».

К сказанному мы бы добавили, что больных с гайморитами должны консультировать, как минимум, две категории специалистов – оториноларингологи и стоматологи, а при необходимости, и другие специалисты, в частности, офтальмологи, невропатологи. Это они должны делать в творческом сотружестве. Лишь после такой консультации надо решать вопрос, в какой клинике должно проходить лечение больных.

Как видно, рассуждения двух категорий специалистов оториноларингологов и стоматологов по одной и той же проблеме диаметрально противоположны. В суждениях первых – необоснованная субъективность, в суждениях же вторых – обоснованная объективность.

Возвращаясь вновь к статье С.З. Пискунова и Т. Г. Быкановой обращаем внимание этих авторов еще на одну деталь. Нами проведено сравнение, с точки зрения новизны, методики «щадящего хирургического лечения одонтогенных гайморитов», предложенной в 1999г. авторами методики хирургического лечения одонтогенных гайморитов, описанной в 1979г. в учебнике «Textbook of Oral and Maxillofacial surgery», fifth edition, edited by Gustav O.Kruger, London, 1979. Мы обнаружили, что эти методики очень схожи. Возможно, авторы «щадящей» методики в 1999г. не нашли, изданный в 1979г. учебник и напечатали данную методику от своего имени. Поэтому высылаем в редакцию копию с описанием этой методики.

Что же касается вопроса: «Гайморова пазуха – чья она?», то она ничья. Вернее она того, кто лучше справляется с болезнями. Именно такая позиция соответствует законам деонтологии и нравственности, по которым можно и надо решать не только затронутую в данной статье проблему, но и другие подобные проблемы, которых в медицине, к сожалению еще немало.

R. G. Gashimov, T. A. Babaev, U. N. Handagzhi, T. S. Kurbanov, E. G. Faradjev
MAXILLARY SINUS - WHOSE IS IT?

The issue of treatment of maxillary sinusitis of dental origin is discussed in the article. Authors carry on polemics with a position of S. Z. Piskunov and T. G. Bykanova. Authors emphasize the necessity of complex treatment of maxillary sinusitis of dental origin with attraction of a stomatologist, an ENT-specialist, a neuropathologist, and an oculist, while S. Z. Piskunov and T. G. Bykanova consider that maxillary sinusitis of dental origin should be treated only by ENT-specialist.

Поступила 13.12.2000



С.З.Пискунов, Т.Г.Быканова

ЕЩЕ РАЗ О ЩАДЯЩЕМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Кафедра оториноларингологии
Курского медицинского
университета

Санатомических и физиологических позиций полость носа и окружающие ее околоносовые пазухи (ОП) представляют собой единую функциональную систему, защищающую организм от проникновения неблагоприятных факторов, содержащихся в окружающей среде.

В случаях, когда специфические и неспецифические факторы защиты слизистой оболочки носа, образующие первую линию обороны, оказываются неспособными справиться с инфекционными возбудителями, вызвавшими воспалительный процесс в полости носа, в борьбу включаются пазухи решетчатой кости, образующие вторую линию обороны. Развивающиеся позднее большие ОП образуют третью линию обороны, предназначенную для ограничения и ликвидации воспалительного процесса, угрожающего жизненно важным образованиям черепа и орбиты (С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов, 1997). В связи с этим вопрос «чья гайморита пазуха?» не является проблемой для проведения дискуссии.

Наличие воздушной полости в теле верхней челюсти имеет большое клиническое значение, так как благодаря этому исключается возможность развития глубокого остеомиелитического ее поражения, а воспалительный процесс одонтогенного происхождения протекает с картиной поражения слизистой оболочки пазухи, практически не отличающейся от риногенного гайморита (РГ).

В лечении одонтогенного гайморита (ОГ)

всегда преследуются две задачи:

- 1) выявить и устранить причины, вызвавшие ОГ,
- 2) провести консервативное или хирургическое лечение гайморита, восстановить адекватный воздухообмен пазухи с полостью носа. Первая задача должна решаться стоматологом, вторая – оториноларингологом, владеющим методиками современной функциональной эндоназальной эндоскопической хирургии. Следует, однако, отметить, что основную группу больных с ОГ составляют лица, у которых стоматологические манипуляции в области альвеолярного отростка уже завершены.

К глубокому сожалению, в подавляющем большинстве оториноларингологических и челюстно – лицевых отделений до сегодняшнего дня на верхнечелюстной пазухе как при ОГ, так и при РГ выполняется органоразрушающая радикальная операция, во время которой выкусывается передняя стенка пазухи, выскабливается вся слизистая оболочка, формируется максимальных размеров соустье в нижнем носовом ходе с удалением большого участка функционально полноценной слизистой оболочки, осуществляющей активный транспорт значительного количества секрета из передних отделов полости носа, не проводится ревизия естественного выводного отверстия верхнечелюстной пазухи, не оценивается состояние остиомеатального комплекса.

Наша точка зрения не субъективна, а

Показатели работы отделений за 1996-1999 годы.

Показатели	ЛОР –отделение.	Отделение челюстно – лицевой хирургии
Кол –во больных с гайморитом,	775	
в т.ч. с одонтогенным	75	162
Кол –во радикальных операций на верхнечелюстной пазухе,	9	
в т.ч. при одонтогенном гайморите	0	100
Кол – во эндоназальных эндоскопических гайморотомий	182	
Эндоскопическая микрогайморотомия	113	

базируется на достаточно точном знании освещаемой проблемы, как на основании собственного опыта работы, анализа публикаций, общения со специалистами из различных республик и регионов страны, так как кафедра оториноларингологии Курского медицинского университета с 1995 года является одним из немногих центров в стране, где проводится обучение оториноларингологов, а последний год и стоматологов, методикам эндоскопической риносинусхирургии.

Остановимся на некоторых обосновывающих положениях.

1. До сегодняшнего дня многие оториноларингологи не знают функциональной эндоскопической анатомии полости носа и ОП, основы которой были обстоятельно изложены только в середине 80–х годов. Стоматологи же об эндоскопической анатомии полости носа вообще не имеют понятия, тем более, зачем она нужна при выполнении классической радикальной операции, в ходе которой нужно удалить и разрушить как можно больше тканей.

2. Важным моментом операции является ревизия естественного соустья пазухи, которое может закрыться пломбирочным материалом, полипами, увеличенными пораженными передними клетками решетчатой кости, так как при затянувшемся ОГ часто развивается вторичный передний этмоидит. Открытие естественного соустья необходимо, так как транспорт секрета из пазухи не будет идти к искусственному соустью, сформированному в нижнем носовом ходе, а

продолжается к естественному соустью. Ревизия остиомаентального комплекса и соустья возможна только в случае овладения методиками эндоназальной эндоскопической хирургии, которые сегодня выполняются в немногих клиниках страны.

3. О том, что радикальная операция является ведущим методом лечения ОГ свидетельствует сопоставление показателей работы оториноларингологического и челюстно – лицевого отделений Курской областной клинической больницы (таблица № 1).

Таким образом, ни один больной с ОГ в ЛОР – отделении не подвергался радикальному хирургическому вмешательству, в то же время 2/3 больных в челюстно – лицевом отделении перенесли радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе.

К глубокому сожалению, при всем уважении к коллегам, проявившим интерес к нашей статье, мы не можем пройти мимо очевидного факта, что их статья написана не в корректной форме, манера изложения материала уничижительна по отношению к авторам. Кроме того, нас обвиняют в плагиате. Эмоциональные рассуждения о лечении ОГ обусловлены несогласием с нашим мнением о том, что такие больные должны лечиться у оториноларинголога. У нас же создается впечатление, что коллеги так и не поняли, в чем же смысл щадящего хирургического лечения ОГ, так как они используемую нами методику сопоставили

с методикой, изложенной в учебнике О. Крюгера, в которой описывается вариант пластики, эффективный только для закрытия ороантральных свищей небольшого размера.

Мы сочли необходимым привести в нашей статье, предназначенной для практических оториноларингологов, известные в стоматологии методики закрытия различного размера ороантральных свищей и фистул, изложенные в учебнике В.А. Дунаевского «Хирургическая стоматология», изданного в 1978 году, на что имеется ссылка в списке литературы, так как широкому кругу ЛОР – врачей они не известны.

Идет время, накапливаются новые знания, совершенствуются медикаментозные, технические и хирургические подходы к лечению различных заболеваний. Не остаются в стороне и проблемы лечения ОГ. Около 200 лет назад все гаймориты лечились у врачей, владеющих методиками челюстно-лицевой хирургии, путем выполнения куперовской операции, когда у больного создавалась стойкая фистула в пазуху через луночку зуба. Эта методика ушла в историю, ее место заняла радикальная операция на верхнечелюстной пазухе. Появление эндоскопической аппаратуры, более углубленное изучение физиологии и анатомии полости носа и синусов привело к разработке патогенетически обоснованных эндоскопических функциональных методов лечения заболеваний полости носа и ОП, в том числе и ОГ. Все это делается для здоровья пациента. Больной предпочтет пойти лечиться к тому врачу, который выполнит ему минимально инвазивную операцию, надежно оздоровит его в более короткий срок. Сегодня усовершенствованные методики хирургического лечения верхнечелюстного синусита, в том числе и одонтогенного генеза, более успешно выполняются оториноларингологами. Стоматологам, чтобы сравняться с ними, нужно освоить методики эндоскопического подхода к структурам полости носа. Однако, по нашему мнению, вряд ли им следует это делать.

Литература

С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов «О физиологической роли околоносовых пазух», Рос. ринолог., 1977, №1, С.16-17.

S. Z. Piskunov, T. G. Bykanova ONCE MORE ABOUT LESS- TRAUMATIC SURGERY OF MAXILLARY SINUSITIS OF DENTAL ORIGIN

Authors of the article present their own point of view on the disputable question about treatment of the maxillary sinusitis of dental origin. They emphasize that the issue raised in the article Maxillary sinus - whose is it? is not a point for the discussion. Authors consider that adequate treatment of nasal cavity and paranasal sinuses could be made only after endoscopic examination. Authors emphasize that good knowledge of physiology and anatomy of the nasal cavity and paranasal sinuses allows developing functional endoscopic methods of treatment of the diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses. Authors compare the results of treatment of maxillary sinusitis of dental origin at ENT and stomatological departments of the Kursk Regional Hospital. Analyzing these results, authors came to a conclusion that surgery of maxillary sinusitis, including maxillary sinusitis of dental origin is executed by ENT-surgeons much better than by stomatologists.

Поступила 22.01.2001



А.О.Гюсан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В РИНОПЛАСТИКЕ

Отделение
оториноларингологии
Карачаево-Черкесской
республиканской больницы

Восстановительные операции на скелете носа, которые проводят как для восстановления его функций, так и с целью улучшения внешнего вида, не всегда могут быть исполнены перемещением местных опорных тканей. В этих случаях основной проблемой становится выбор необходимого имплантата.

Здесь уместно привести высказывание по этому поводу известного нашего оториноларинголога профессора С. А. Проскурякова (1965): "Врачи, занимающиеся восстановительной хирургией, должны хорошо знать различные трансплантаты, их свойства, пригодность для той или иной цели. Если инженер-строитель знает особенности различных материалов, то тем более врач должен знать трансплантаты, их способности во взаимоотношениях с организмом, окружающей средой..."

Прежде чем рассматривать этот вопрос, необходимо обратить внимание на терминологию, которая принята в настоящее время. Это очень важно, потому что часто даже на страницах одного и того же журнала или сборника можно встретить разночтения при использовании тех или иных терминов.

Наиболее часто путают такие понятия, как "имплантация" и "трансплантация". Мы взяли толкование этих терминов из Оксфордского Большого Толкового Медицинского словаря.

Имплантация (от латинского *in* - в, внутри и *plantatio*-сажание): введение какого-либо вещества или предмета внутрь ткани.

Трансплантация (от латинского *trans* - пере и *plantatio*-сажание) пересадка органа или ткани.

Аутоотрансплантат – трансплантат, пересаживаемый из одной части тела в другую у одного и того же индивидуума. Гомотрансплантат/аллотрансплантат (от латинского *homo*, *allo* – общее) – трансплантат, пересаживаемый от одного индивидуума другому того же вида.

Гетеротрансплантат, ксенотрансплантат (от латинского *xeno*, *hetero* - чужеродный, отличающийся) - трансплантат, пересаживаемый

от представителя одного вида представителю другого.

Важно помнить, что термином "трансплантат" может называться только живая ткань. Поэтому применительно к ринопластике корректнее пользоваться термином: аллоимплантат, ксеноимплантат, аллопластический имплантат.

В историческом плане больше всего предложений было по применению аллопластических имплантатов. Диапазон предложенных материалов очень большой. В 1899г. Герзун, а затем В. Н. Павлов Сильванский (1912) и некоторые другие предложили введение с помощью специального шприца теплого парафина. Однако от этого метода вскоре отказались из-за опасности образования гранулем и парафином. А.И.Финк (1939) в качестве пластического материала для исправления седловидного носа применил камень, В. С. Лянде (1939) – стекло, А.А.Арутюнов (1947) – каучук, Р.Б.Пинус, Э.И.Хахуткин (1950) и С.И.Завадский (1951) – нержавеющей сталь.

Многие хирурги применяли золото, серебро, платину, слоновую кость и другие материалы. Так, Е.Ронсет (1987) при ринопластике использовал каркас из платины, П. И. Дьяконов (1902) - из золота. Ш. Д. Давудов и соавт. (1974) упоминают, что для поднятия спинки носа, кроме перечисленных материалов, ранее применяли: алюминий, свинец, янтарь, каучук, фарфор и многое другое.

До настоящего времени некоторые авторы предлагают использовать в качестве имплантата органическое стекло - плексиглас (А.К.Мироненкс Г.Е.Тимен, 1965; М.В.Соколюк, 1968). Особенно много сторонников применения полимеризованных материалов (К.С.Азнаурьян, 1960; М.Е.Чуфистов, И.М.Раков, 1965; Е.В.Гамаюнова, 1967; Н. Ф. Федун, 1968; и др.).

Н.М.Коврижко, Н.Ф.Федун (1968) экспериментально доказали целесообразность использования в ринопластике тефлона, который характеризуется биологической инертностью. Б.И.Невский и соавт. (1969) - марлекс, I.Gries (1967) - паладон, G.I.Beekhuis (1974) - полиамид,

Z.Novotny, P.Mirejowsky (1980) - силикон. A.Zielinski; I.Kruk (1981) применили силластик, С.И.Окс, Ю.А.Медведев (1994) - никелидтитановые имплантаты.

Большое количество работ по применению аллопластического материала связано с удобствами его применения. Прежде всего не наносится дополнительная травма больному в связи с забором материала. Кроме того, такому материалу легко придается нужная форма до операции. Однако, как справедливо отмечали еще Ю. Ю. Джанелидзе (1933), Н. М. Михельсон (1952) и другие, применение инородных тел надо считать ошибочным и даже вредным, биологически совершенно не оправданным.

Уже 90 лет назад в книге "Общие методы пластической хирургии" Покотило (1908) писал: "...вряд ли нужно приводить какие-либо доводы в пользу преимущества пластики живыми тканями". Он сообщил о нескольких случаях, когда золотая пластинка, помещенная под кожу спинки носа, давала пролежни и пластинка "прорезывалась" через истонченную кожу или прорывала слизистую оболочку. В последующем на подобные случаи указывали и другие авторы.

Какой бы ни был применен аллопластический имплантат, он не прирастает, а только окружается соединительной тканью, т.е. не вступает в связь с соседними тканями. Это ведет к тому, что такой имплантат всегда остается подвижным под кожей и, следовательно, не может считаться удовлетворительным. Кроме того, необходимо отметить, что любое осложнение после применения аллоимплантата резко ухудшает условия дальнейшего оперативного вмешательства.

Поэтому, А.И.Дайхес (1977) справедливо считает, что до создания более инертных и пластичных, "вживающихся" в ткани синтетических материалов их использование для опорной пластики нужно ограничить.

S. Hellmich (1983) на основании данных литературы и собственного опыта высказал следующие практически важные положения:

- пока еще нет идеального материала для носовых имплантатов;
- имплантаты из синтетического материала имеют в ринопластике ограниченное применение;
- использование синтетических материалов при операциях на носовой перегородке противопоказано;
- твердые, ригидные, неэластичные и перфорированные импланты для устранения дефектов спинки носа применять нельзя;
- имплантация сетчатых материалов себя не оправдала.

Опыт многих ринохирургов показал, что наиболее удобным в физиологическом отношении является аутогенный имплантат. Это понятно по целому ряду причин. Имплантат, заимствованный у самого пациента, не нуждается в проверке и обработке в отношении его стерильности,

предупреждения возможности инфицирования организма. При аутопластике не возникает вопросов о совместимости или несовместимости тканей, а также о целом ряде других условий.

Если при аутопластике имплантат не только приживает к месту пересадки, но и живет, со временем в нем восстанавливаются все виды чувствительности и функции, присущие окружающим тканям, то иные виды имплантатов такими ценными качествами не обладают. Другие имплантаты не приживают, а вживают, т.е. обрастают соединительнотканной оболочкой.

Если рассматривать аутогенные материалы, то аутогенный хрящ имеет преимущества перед костью (Н.Трените, 1996) вследствие малой пластичности последней и ее тенденции к резорбции.

Об успешных пересадках аутохряща сообщали многие авторы (А.А.Вечтомов, 1926; Г.Б.Гиляровская 1965; Г.О.Гейне, 1967, 1973; А.Е.Кицера, А.А.Борисов, 1974; М.Ф. Маннапов и соавт., 1979; I.Brown, 1947; W.Georgi, 1982; W.S.Goodman, V.V.Strelzow, 1982; C.Gutierrez, P.Stocksted, 1982 и др.). Эти авторы применяли в основном аутохрящ, извлеченный во время подслизистой резекции перегородки носа. Е.С.Малевич, О.Е.Малевич (1967) использовали для пластинки носа аутохрящ ушной раковины. Первое упоминание о возможности применения хряща, выкроенного из завитка ушной раковины, содержится в книге Lexer, изданной в 1919г. Позже этим способом пользовались А.И.Барский (1950), W.H.Adams (1955), I.M.Converse(1964), M.Porneu и соавт. (1965), P.O.Dingman, C.Waller(1969). Г.В.Кручинский (1982) сделал в течение десяти лет более 115 пересадок из ушной раковины.

Широко применяется также реберный хрящ, взятый у самого пациента до риносепто-ортопластики или по ходу ее (З.Н.Павлов-Сильванский, 1912; М.И.Светлаков, 1954; Г.М.Егиян, 1961; Г.Б.Гиляровская, 1965; М.В.Соколюк, 1968; E.S.Lamont, 1944; G.P.Bridger, 1981 и др.).

Проблемы пересадки аутохряща, ее техники описаны в работах М.В.Вакуленко (1927), Г.В.Кручинского (1982), Г.Дж.Нолст Трените (1996) и др. Изучению изменений, происходящих в пересаженном хряще, посвящена работа А.А.Бабского и В.С.Лисянской (1927).

В.П.Горбунов (1928), а за тем М.Г.Призانت (1937), изучая костную и хрящевую ткани после пересадки, пришли к выводу, что хрящевые имплантаты практически не рассасываются; они устойчивы к инфекции и более жизнеспособны при пересадке.

Большой вклад в развитие вопросов хондроластики внесли отечественные хирурги (И.П.Суслов, 1898; А.Э.Пауер, 1948; Ф.М.Хитров, 1953; А.А.Лимберг, 1958; 1960 и др.), которые наряду с рядом зарубежных хирургов (F.Koenig, 1902; L.Peer, 1955; и др.) способствовали широкому

внедрению в практическую медицину хрящевых имплантатов.

Применение костных аутогенных имплантатов для восстановительной ринопластики имеет столетнюю историю. В 1886г. König для устранения седловидного западения носа предложил использовать аутокость из области лба.

В 1887г. Jsrael сообщил о пересадке под кожу спинки носа пластинки большеберцовой кости. В.Н.Павлов-Сильванский (1911, 1912) при проведении ринопластики использовал кость из голени или лобной области

В дальнейшем аутокость, как материал для восстановительной ринопластики получила большое распространение (А.К.Мироненко, Г.Э.Тимен, 1965; М.В.Соколюк, 1968; I.Joseph, 1931; R.Farma, 1957; W.S.Goodman, V.V.Strelzow, 1982).

К.Д.Миразизов (1978), С.Gutierrez, P.Stocksted (1982) использовали для пересадки костную часть перегородки носа, И.А.Рахлин (1965) - костный скелет удаленной носовой раковины, R.O.Dingman (1969) - кость из подвздошного гребешка, R.Farina и L.B.Willano (1971), С.Дитрой (1974) - из большеберцовой кости. Сторонники использования костного аутогенного имплантата видят его преимущество в том, что он прочно срастается с костью ложа и хорошо иммобилизуется.

Для предупреждения резорбции костного имплантата его часть, прилегающая к мягким тканям, должна быть покрыта его собственной надкостницей (М.Erczy и Zoltan, 1958; W.Bethmann и Zoltan, 1968).

С. Дитрой (1974), применив для реконструкции спинки носа покрытую надкостницей часть большеберцовой кости, в 32 случаях из 35 получил положительный результат.

В.А.Бельченко и соавт. (1995) предложили для контурной пластики спинки носа полнослойный аутогенный имплантат из теменной кости. Авторы считают, что по сравнению с аутогенными имплантатами энхондрального происхождения имплантаты покровных костей черепа обладают определенными преимуществами.

Некоторые авторы предлагают деформацию костного отдела исправлять костным, а хрящевому - хрящевым имплантатом (I.Szusa с соавт., 1985).

Использование аутохряща и аутокости в большинстве случаев дает стойкие и хорошие косметические результаты (С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов 1996; Г.З.Пискунов, 1997). Однако, метод аутогенной имплантации ограничен из-за необходимости дополнительных хирургических вмешательств для взятия имплантата.

Н.М.Михельсон в 1935г. впервые применил реберный хрящ от трупа. Т. П. Виноградова (1946) показала полноценность трупного хряща как пластического материала. Преимущества пересадки трупного хряща очевидны; получение его не представляет никакого труда, количество материала не ограничено, больной не подвергается

риску операции, связанной с иссечением хряща.

На положительные свойства трупного хряща и удобства его пересадки обращали внимание многие ринохирурги (Н.М.Михельсон, 1939, 1962; А.Э.Пауэр, Н.М.Михельсон, 1954; С.А.Проскуряков, 1958; Г.И.Пачкович, 1960, 1962; Г.М.Егиян, А.А.Лимберг, 1965; S.Hellmich, 1989 и др.).

Значительно реже в ринохирургии применяются ксеногенные имплантаты. А.А. Абражанов(1898) использовал бычью кость, М.В. Соколюк (1968) — слоновую кость. В. Н. Горбачевский и соавт. (1989, 1990, 1991) применили для пластики деформации наружного носа и его перегородки деминерализованную аллокость.

Таким образом, до настоящего времени в ринопластике применяются самые различные имплантаты, от аллопластических материалов до аутокости. Вне всякого сомнения, использование любого вида имплантатов имеет свои преимущества и недостатки, которые достаточно широко освещены в литературе. На наш взгляд, профессионализм и опыт хирурга позволяют в каждой конкретной ситуации отдать предпочтение тому или иному виду имплантата. Опыт нашей работы показал преимущество применения аутокостей. Причем, применение аутохряща оказалось более эффективным при дефектах в хрящевом отделе носа, а аутокости вместе с надкостницей — в костном.

Литература

1. *Абражанов В.А.* Свободная пересадка в хирургической практике. // Вести. Хирургии и пограничных областей. - 1928. - 12. - С. 35-36.
2. *Азнаурьян К.С.* Опыт применения пластмассы АКР-7 для пластики западения спинки носа. // Вести, оторинолар. - 1960. - №2. - С. 104-105.
3. *Арутюнов А.А.* Применение каучука в ринопластике. // Вести, оторинолар. - 1947. - №1. - С. 26.
4. *Бабский А.А., Лисянская В.С.* Аутопластическая пересадка хряща. // Вест. Хир. — 1927. — кн. 26-27.- С. 240-243.
5. *Бельченко В.А., Ипполитов В.П., Каурова Л.А.* Реконструктивные операции на костном отделе носа у больных с посттравматическими деформациями // Новое в стоматологии. - 1995. - №5.-С.18-22.
6. *Вечтомов А.А.* О применении трубчатого лоскута для восстановления крыльев носа. // Пермский мед. журнал. - 1925. - №3. - С. 5.
7. *Гамаюнова Е.В.* Восстановительные операции при различных дефектах носа. // Матер. Красноярской краевой научн. конф. Хирургов совместно с институтом хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР. - Красноярск: Б. И., 1967. - С. 92-96.
8. *Гейне Г.О.* К вопросу о пластических

- операциях носа // Вестн. оторинолар. — 1973. - №5.-С. 3-7.
9. *Гиляровская Г.Б.* Пластические операции при седловидном западении спинки носа // Тез.докл. 24-й науч. Сессии Куйбышевского мед. института. - Куйбышев: Б.П., 1965.-С.66-68.
10. *Ю.Горбачевский В.Н., Макашев В.Е., Минин Ю.В.* Применение деминерализованной костной ткани для пластики перегородки носа. // ЖУНГБ. - 1991. - №2. - С.33-38.
11. *Горбунов В.П.* Сравнительные данные отдаленных результатов пересадки костной и хрящевой ткани. // Вестн. хир. - 1928. - кн. 37-38. - С. 71-75.
12. *Давудов Ш.Д., Михайловский М.С., Гаджимирзаев Г.А.* Опыт применения аутоотептум — хряща в практике устранения дефектов наружного. // Тр. 3-го Всерос. съезда отолар. -М.: Б.и., 1974, - с. 163-164.
13. *Дайхес А.И.* Пластическая хирургия в оториноларингологии в СССР. // Вестн.оторинолар.- 1977. - №6. — С. 75-82.
14. *Джанелидзе Ю.Ю.* Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе. Л., 1982.
15. *Дитрой С.* Реконструкция спинки носа костно-хрящевым трансплантатом. // Acta Chirurgiae Plastical. - 16. - 1974 - №3. - С. 161-166.
16. *Дьяконов П.И.* Восстановление разрушенного носа. //Русская хирургия. - 1902. - №3.
17. *Егян Г.М.* К вопросу устранения дефектов и деформации носа. // Научн. тр. Ереванского НИИ травматологии и ортопед. - Ереван: Б.И., 1961. - №6.- С. 167-186.
18. *Завадский С.И.* К вопросу об исправлении седловидной деформации носа. // Вестн. оторинолар.- 1951.- №1.-С. 80.
19. *Кицера А.Е., Борисов А.А.* К вопросу о ринопластике. // Вестн. оториноларингол. - 1974. - №4. - С. 31-34.
20. *Ковришко Н.М., Федун Н.Ф.* Динамика процессов ауторепродукции тканей при подсадке тefлонового трансплантата (Эксперимент исследов.) // ЖУНГБ. — 1968. - №6. — С.35-40.
21. *Кручинский Г.В.* Еще один возможный источник для пластики лица. // ЖУНГБ. - 1982. - №1.-С. 46-49.
22. *Лимберг А.А.* Опорная и контурная пластика размельченным хрящом. // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. - 1957. - №7.
23. *Лянде В.С.* О применении стекла для целей ринопластики. // ЖУНГБ. - 1939. - 4-5.- С.322.
24. *Малевиц Е.С., Малевиц О.Е.* Некоторые соображения по поводу свободной пересадки трансплантатов из ушной раковины в дефекты концевого отдела носа. // ЖУНГБ. - 1967.- №4.-С. 93-95.
25. *Маннапов М.Ф., Аврукина Р.И., Хасанов С.А.* Подслизистая резекция носовой перегородки у детей. // ЖУНГБ. - 1979. - №3.-С. 64-66.
26. *Миразизов К.Д.* К вопросу о реимплантации аутохряща и кости при искривлении носовой перегородки у детей. // Вестн. Оторинолар. - 1978. - №3. - С. 50-58.
27. *Мироненко А.К., Тимен Г.Э.* Применение протезов из тefлона для устранения седловидной деформации носа. // Тез.Респ.научн.Конференции по применению полимеров в хирургии. — К: Б.и., 1965.- С. 82-83.
28. *Михельсон Н.М.* Гомогенный хрящ в челюстно-лицевой хирургии. // Acta Chir. Plast. - 1962. - 4. №3.-С. 169-172
29. *Невский Б.Н., Зенгер В.Г., Косякова Э.И.* О применении марлекса для закрытия дефектов лобной и носовых костей. // Вести, оторинол. - 1969. №1 - С. 108.
30. *Окс С.И., Медведев Ю.А.* Применение никелидтитановых имплантатов при реконструктивных операциях в ринологии. // Рос. ринолог. — 1994. - Прил.2. — С. 81-82.
31. *Павлов-Сильванский В.Н.* Ринопластика: Дис. д-ра мед-ны. - М., 1912. - 212с.
32. *Пакович Г.И.* Деформации наружного носа и метода их устранения. // Стоматология. -1960.- №3.-С. 36-39.
33. *Пинус Р.Б., Хахуткин Э.И.* О применении протеза из нержавеющей стали при западении спинки носа. // Вестн. оторинолар. - 1950. - №2. - С.65.
34. *Пискунов С.З., Пискунов Г.З.* Косметическая ринопластика. -Курск, 1996.
35. *Пискунов Г. З.* Эстетическая и функциональная хирургия носа //Материалы конференции, посвящ. пятилетию Рос. общества ринологов. М., 1997. - С. 28-35.
36. *Покотило В.А.* Общие методы пластической хирургии. - М., 1908.
37. *Призанин М.Г.* Хондральная аутопластика при седловидной формы носа. // ЖунГБ. -1937.-№2.-С. 146.
38. *Проскураков С.А.* Опыт работы по восстановительной хирургии лица и ЛОР органов - Новосибирск, 1965.
39. *Рауэр А.Э., Михельсон Н.М.* Пластические операции на лице. - М.: Медицина, 1954.
40. *Рахлин И.А.* Исправление седловидного носа удаленной нижней носовой раковиной. // ЖунГБ.- 1965.-№6.-С.82.
41. *Светлаков М.И.* Об исправлении седловидного носа после травмы. // Вести, оторинолар. - 1954.-№5.-С. 30-32.
42. *Соколюк М.В.* Пластика деформаций наружного носа // Восстановительная хирургия в ОРЛ. — К: Б.и., 1968 — С. 170-173.
43. *Суслов К.П.* Оторинопластика из части ушной раковины. ' Весп. мед. журнал. - 1898.-6.
44. *Трените Г. Дж. Нолст* Аутогенные трансплантаты в ринопластической хирургии: показания и методы получения // Рос. ринолог. - 1996. - №1. - С.26-33.
45. *Федун Н.Ф.* К вопросу о реконструктивно-восстановительных операциях носа и носовой перегородки при помощи тefлона. //

Восстановительная хирургия в оторинолар.: К.: Здоровья, 1968. - С. 178-182.

46. *Финк А.И.* Камень как пластический материал для исправления седловидного носа. // Вестн. оторинолар. - 1939. - №4. - С.90.

47. *Хитров Ф.М.* Пластические операции на лице. -М., 1953.

48. *Чуфистов М.Е., Ракоп И.М.* Пластика седловидного носа имплантатом из АКР-7. // Матер. к докл. 7-й научн. конферен. Кемеров. Мед. ин-та и врачей Кузбасса. Кемерово: Б.и., 1965.-Вып. 2.-С. 95-96.

49. *Adams W.H.* Reconstructive surgery of the ear. // Plast. Reconstr. Surg. - 1955. -Vol. 16/ -№2.-P. 88-95.

50. *Barski A.I.* Principles and practice of plastic surgery — Baltimore, 1950.

51. *Beekhuis G.I.* Saddle nose deformity: etiology, prevention and treatment. Augmentation rhinoplasty with polyamide // Laryngoscope - 1974. - Vol. 84. - №1.-P.2-39.

52. *Bethmann W., Zoltan.* Operations - methoden der plastischen Chirurgie // Iena, VEB G.Fischer Verlag. - 1968. - Vol. 80. - №152. - P. 178.

53. *Bridger G.P.* Split rib graft for alar collapse // Arch Otolaryngol, 1981.- Vol. 107. - №2. - P.110-113.

54. *Brown J. J.A.M.A.,* 1947.V.134.-P. 1295.

55. *Converse J.M.* Reconstructive plastic surgery // Philadelphia, 1964. - 3.

56. *Craigmile M.* Transplant.Bull.-1958.-Vol.5--P. 123.

57. *Dingman R.O., Walter C.* Use of composite ear graft in correction of the short nose // Plast. Reconstr.Surg. - 1969 - Vol.43.- №2.- P. 117-122.

58. *Erczi M., Zoltan.* Reszletes plasztikai sebeszet. (Detailed plastic surgery). Budapest, Medicina. - 1958.-P.201.

59. *Farina R.* Deformite du dos nez par perte du substance osseuse (correction avec greffe osseuse) // Presse med. - 1957. - Vol. 65. - №14. - P. 297 - 298.

60. *Farina R., Willano J.B.* Plast. Reconstr. Surg. - 1971.-Vol.48.-P.251.

61. *Gammert CHR., Masing H.* Langzeiterfahrungen mit konserviertem Knorpel in der Wiederherstellungschirurgie der Nase // Laryngol., Rhinol., 1977. - Vol. - №8. - P.650.

62. *Georgi W.* Eine modifizierte Operationstechnik beim Nasenfluegelkollaps // HNO. - 1982. - Vol. 30.- №6.-P. 213.

63. *Goodman W.S., Strelzow V.V.* The surgical closure of nasoseptal perforations // Laryngoscope. - 1982. - Vol. 92.- №2.-P.121-124.

64. *Gries I.* Erfahrungen mit Kunststoffimplantation (Paladon) bei Nasenplastiken. Diss. - Bonn.- 1967.- 106p.

65. *Gutierrez C., Stocksted P.* Columella implants. Reconstruction of the anterior septum // Arch. Otolaryngol. - 1982. - Vol. 108. - №4. - P. 243 - 246.

66. *Hellmich S.* Reconstruction of the destroyed septal infrastructure // Otolaryngol. Head Neck Surg. - 1989. - Vol. 100. - №2 - P. 92.

67. *Joseph J.* Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik. Leipzig, 1931.

68. *Koenig F.* Zur Deckung von Defecten der Nasenfluegel. - Berl. Klin. Wschr. - 1902. - P.7.

69. *Lament E.S.* Reconstructive surgery of the nose in congenital deformity, injury and disease // Amer.J.Surg.-1944.-Vol.65.- №1 -P. 17-45.

70. *Mattioli R., Romani U., Dallari S., Galetti R.* Gliinnesti cartilaginei nella del naso.// Otorinolaryngologia. - 1984. - Vd. 34. - №6.-P.501-505.

71. *Novotny Z., Mizejovski P.* Snasenlivost aloplatickych materialu v experimentu // Csl. Otolaryngol. - 1980.- Vol. 29.-№4.-P.202-207.

72. *Pech A., Cannoni M., Gitenet P.* Difficaltes et echecs de la chirurgie de nez dans la rhinoplastie correctrice // Ann. Otolaryng. (Paris) - 1976. - Vol. 93. - №9 - P. 621-636.

73. *Peer L.* Transplantation of Tissues. Willams and Wilkins, Baltimore., 1955.

74. *Poncet E.* De la rhinoplastie sur appareil prothetique // Centralblatt fur Chirurgie. - 1987.- №41.-P.774-775.

75. *Poncet E., Gomulinski L.* Le probleme septal dans las rhinoplasties Complexes // Ann. Oto - Laryng" (Paris)- 1978. -Vol. 95. -№10-11. -P. 653-663.

76. *Pomeu M., Falces E., Shapizo R.* Current trends of reconstructive surgery of the congenitally deformed ear // Laryngoscope.-1965.-Vol. 75.-№9.-P. 143 - 1451.

77. *Szuca J., Lampe I., Katho I., Szur B.* Nyeredorr deformitas es korrekcionak lehetosegi. // Full-orrgedyod. - 1985.- Vol.31 -№4.-P. 199-209.

78. *Zielinski A., Kruk J.* Ocena przydaznosci wstzczepow Silastikowych w leczeniu zniekształcenia nosa. // Otolaryngol. Pol.- 1981. -№4-6. P.309-312.

A.O. Gusan

EFFECTIVENESS OF USING VARIOUS IMPLANTS IN RHINOPLASTY

The author presents an exhaustive review of various implants, which have been used in rhinoplasty since the end of the 19th century, from alloplastic materials to auto-tissues. The use of each type of implants has its advantages and disadvantages. Personal experience of the author showed the advantage of use auto-tissues in rhinoplasty.

Поступила 07.10.2000

С.З.Пискунов

**РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ
А. Г. ВОЛКОВА «ЛОБНЫЕ ПАЗУХИ»**

Рецензируемая монография представляет результат многолетней практической и научной деятельности автора, посвященной изучению одной из сложных и трудноразрешаемых проблем современной ринологии - патологическим процессам в лобной пазухе, имеющей чрезвычайно сложные топографоанатомические взаимоотношения с полостью черепа, орбитой, решетчатым лабиринтом.

Монография состоит из 10 глав. В начале монографии подробно изложена анатомия лобных пазух. При написании этого раздела автором детально описываются эндоназальные структуры, от состояния которых зависит патологический процесс в пазухах.

Большой раздел монографии составляют собственные материалы автора по изучению онтогенеза лобных пазух на основе их математических моделей по данным анализа анатомо-физиологического развития лобных пазух по рентгенограммам 900 детей и подростков в возрасте от 1 года до 15 лет. Получены интересные результаты, характеризующие особенности развития лобных пазух у детей женского и мужского пола, представляющие большой теоретический и практический интерес.

В главе III с современных позиций изложены вопросы физиологии и патофизиологии лобных пазух. В этой главе автор подробно излагает предрасполагающие факторы, ведущие к развитию острых и хронических фронтитов.

В клиническом разделе монографии, посвященном воспалительным заболеваниям лобных пазух, включающем IV, V, VI, VII главы, автор подробно излагает существующие классификации синуситов, методы диагностики заболеваний лобных пазух и их осложнений, способы консервативного лечения, дренирование и трепанопункцию лобной пазухи. А.Г.Волков успешно использовал для лечения около 2000 пациентов метод трепанопункции лобной пазухи, предложил для этой цели инструменты собственной конструкции. Рекомендации автора по хирургическому лечению фронтита основываются на современных достижениях эндоназальной эндоскопической хирургии.

Главы VIII и IX посвящены лечению травматических повреждений и опухолей лобных пазух. В Главе X описываются особенности диагностики и лечения заболеваний лобных пазух у детей.

Большинство глав монографии заканчиваются

разделом «Размышления», где автор, обсудив различные точки зрения, касающиеся того или иного дискуссионного вопроса, излагает свою точку зрения, основанную на доскональном знании источников литературы и собственном большом клиническом опыте. Следует подчеркнуть исключительно корректный характер проводимого автором анализа различных точек зрения по принципиальным вопросам патологии лобных пазух.

В работе имеются некоторые неточности, их немного, и они не имеют принципиального значения.

Впервые в отечественной литературе появилась фундаментальная работа, посвященная только одной из околоносовых пазух - лобной. Выходящие ранее монографии освещали проблемы, касающиеся патологии всех околоносовых пазух.

Работа имеет энциклопедический характер. Излагая свою точку зрения, основанную на большом клиническом опыте, профессор А. Г. Волков проанализировал литературные источники, посвященные лобной пазухе, начиная с конца прошлого столетия. В монографии, изложенной на 504 страницах, приводится список использованной литературы, включающей 1133 источника. Работа иллюстрирована 112 рисунками.

Книга написана хорошим литературным языком, формулировки кратки и четки. Монография читается легко и с огромным интересом, материал хорошо воспринимается читателем. Она представляет интерес не только для оториноларингологов, но и для рентгенологов, неврологов, нейрохирургов, офтальмологов, педиатров.

Отечественная наука пополнилась фундаментальной монографией, имеющей большое научное и практическое значение, которую будут использовать в своей работе не одно поколение оториноларингологов.

S.Z.Piskunov**A REVIEW ON THE MONOGRAPH THE FRONTAL SINUSES BY A. G. VOLKOV**

The reviewed monograph is the first Russian fundamental work dedicated only to one of the paranasal sinuses - the frontal sinus. The monograph has encyclopedic character. It is interesting not only for ENT-specialists, but also for radiologists, neurologists, neurosurgeons, ophthalmologists, and pediatricians.

Поступила 01.11.2000



РЕФЕРАТЫ

Роль патогенетических факторов при хроническом риносинусите.

David W. Kennedy. Pathogenic factors in chronic rhinosinusitis. American Journal of Rhinology special issue september 2000, A-110.

Хронический риносинусит имеет многофакторную этиологию. К ним относится множество общих и местных причин, генетическая предрасположенность и влияние окружающей среды. Основные факторы включают ASA-чувствительность, иммунодефицит, дискинезию ресничек и имеются некоторые данные, подтверждающие, что стресс также может играть роль в этих нарушениях. Множество местных причин включают обструкцию пазух, анатомические деформации, гранулематозные нарушения и инородные тела. Генетические факторы определено решающие в развитии заболеваний, таких как муковисцидоз (фиброзно-кистозная дегенерация) или синдром Юнга, но есть доказательства, допускающие что они возможно имеют более широкое распространение и более неуловимо предрасполагают к нарушениям. Воздействие окружающей среды включает вирусы, загрязнение, курение, аллергию и возможно полеты. Сравнительная оценка важности каждого из этих предрасполагающих патогенетических факторов ожидает дальнейшего изучения. США, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA.

Пелишенко Т.Г.

Основные методики при этмоидитах.

P.Castelnuovo. Basic techniques for the ethmoid sinuses. American Journal of Rhinology special issue september 2000, A-119.

Функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух позволяет выбрать доступ к решетчатым пазухам для того, чтобы при воспалительных заболеваниях щадяще удалять слизистую из близлежащих областей. Хирургический подход планируется в соответствии с распространенностью заболевания и индивидуальной анатомией пазух: остиомеатальный комплекс – анатомический ключ к передним решетчатым клеткам, и сфено-этроидальный карман – ведущая зона к задним решетчатым клеткам. Сущность подобного хирургического подхода в каждом отдельном случае - обеспечить физиологическую вентиляцию и дренирование верхнечелюстных, лобных и клиновидных пазух. Различными хирургическими методиками могут быть достигнуты следующие цели: частичная резекция крючковидного отростка, полная резекция

крючковидного отростка, вскрытие лобного кармана с неповрежденной буллой, передняя этмоидотомия, задняя этмоидотомия и полная этмоидотомия. Гребни перегородки, concha bullosa или парадоксальный изгиб средней носовой раковины корректируются при необходимости. Показания, техника оперативного вмешательства и практические приемы основательно обсуждаются и через некоторое время будут продемонстрированы их результаты. Италия.

Пелишенко Т.Г.

Результаты применения риноманометрии с высоким разрешением.

Klaus Vogt. Results using high resolution rhinomanometry. American Journal of Rhinology special issue september 2000, A-119.

Цель: Стремление функциональной септоринопластики - улучшить носовое дыхание. Деформация входа в нос может быть визуализирована при помощи высоко результативной риноманометрии (HRR), которая разделяет ускоренную и замедленную части дыхательного цикла. Она показывает деформацию носового канала в течение измерительной процедуры посредством изображения двойных петель вместо прямых линий.

Более 20 лет мы применяем риноманометрию – представленную, как HRR – как неотъемлемое диагностическое исследование перед любой эндоназальной хирургией. Мы никогда не выполняем септопластику, если HRR не показывает ни обструкцию анатомическими структурами носа, ни ясно видимый клапанный феномен. Этот принцип значительно уменьшает число неудовлетворенных пациентов, которые не чувствуют какого-либо улучшения носового дыхания после операции.

Методы: 125 пациентов страдающих носовой обструкцией были прооперированы одним и тем же хирургом. HRR была произведена перед операцией и через 6 недель после операции при помощи некоммерческой HRR-исследовательской программы (Hasse, Vogt & Hoffrichter 1999). Методы хирургии следовали принципам COTTLE. В некоторых случаях была дополнительно выполнена функциональная эндоскопическая синусохирургия.

Результаты: У пациентов с обструкцией, измеренной перед операцией при помощи HRR в среднем был достигнут хороший результат. Число наблюдаемых проблем клапана было уменьшено после хирургии перегородки носа без вмешательства на верхнем латеральном хряще.

Выводы: HRR – достоверный метод выбора пациентов для функциональной ринопластики. Вероятно, он выявляет роль нестабильности носового клапана и его влияние на основную функциональную обструкцию. Германия, Private ENT- practice, Rendsburg.

Пелишенко Т.Г.

Септоринопластика у детей: отдаленные результаты.

Wolfgang Pirsig. Septorhinoplasty in children: long-term results. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-115 (англ.)

На результат ринопластики у детей оказывают влияние генетические и эпигенетические факторы, такие как: возраст пациента при предыдущем вмешательстве в области назомаксиллярного комплекса, вовлечение инфекции, и особенно выраженность и участок патологии септолateralного хряща с его специфическим трехмерным строением более толстых и более тонких областей. Из-за неполного заживления поврежденных структур растущего носового хряща, результатом ринопластики у детей могут стать непредсказуемые изменения некоторых структур назомаксиллярного комплекса после половой зрелости, независимо от хирургического подхода (эндоназального или внешнего). В то время как остеотомии, кажется, не имеют никакого побочного влияния на растущий нос, хирургия "неостро" поврежденного септолateralного хряща может приводить к рецидиву структурных отклонений в зависимости от участка патологии хряща и хирургических методов. В настоящее время не представлены отдаленные результаты после превичной ринопластики в грудном возрасте. Имеются весомые аргументы за то, чтобы отложить ринопластику в случаях "неостро" возникшего повреждения септолateralного хряща до 20-ти летнего возраста. Германия, Wolfgang Pirsig University-HNO-Klinik, Ulm.

Рыжов А.И.

Диагностика и лечение хоанальной атрезии.

Richard L. Voegels. Diagnosis and repair of choanal atresia. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-115 (англ.)

Врожденная хоанальная атрезия - дефект в развитии сообщения между полостью носа и носоглоткой, которая встречается в соотношении от 1:5000 до 1:8000 новорожденных. Обычно встречается односторонний дефект у пациентов женского пола. Встречается как изолированный порок развития, так и в сочетании с группой пороков развития (от 20% до 50 % случаев), включая так называемую CHARGE ассоциацию.

Были предложены три главных теории:

1) персистенция буккофарингеальной мембраны передней кишки, 2) мезодермальная атрезия, приводящая к формированию атрезии неба и 3) местные факторы, приводящие к изменениям в развитии мезенхимы, препятствующие реканализации атрезии неба.

Первое описание врожденной хоанальной атрезии было в 1755 году (Roederer). С тех пор были предложены несколько хирургических методик для исправления этого дефекта: трансназальная дилатация,

сверление(бурение) атрезии неба, кюретаж, использование лазера, трансназальный, чрезнебный, и чреззечный эндоскопический подход.

Дифференцированный диагноз предполагает случаи, которые вызывают одностороннее или двустороннее затруднение носового дыхания типа атрезии или стеноза носдрей, носового клапана и носовых отверстий, менингоцеле, менингоэнцефалоцеле, носовые опухоли типа носовых глиом и вторичного затруднение носового дыхания после местного воспаления. Типичная картина возникает в случаях двусторонней атрезии с дыхательным дискомфортом и периодическим цианозом; односторонняя атрезия проявляется секреторными выделениями только из одной половины носа. Объективное исследование в неонатальном периоде и включает в себя попытку провести зонд через полость носа, у пациентов старше 5-ти лет проводится эндоскопическое исследование. Контрастная рентгенография и компьютерная томография используются для подтверждения диагноза, исключения других заболеваний и пороков развития. Бразилия, University of Sao Paulo Medical School, Sao Paulo.

Рыжов А.И.

Ринопластика при расщелине верхней губы.

Gilbert J. Nolst-Trenite. Cleft-lip Rhinoplasty. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-114 (англ.)

При хирургическом лечении расщелины верхней губы необходимо рассматривать несколько важных факторов:

Техника закрытия расщелины губы, которая обеспечивает симметрию кончика и крыльев носа и предотвращает более заметную деформацию в ходе роста ребенка.

Выбор времени операции до пубертантного возраста для предотвращения психологических проблем и дальнейшей деформации, индуцированной ростом перегородки носа

Систематический хирургический подход, разделяющий вмешательство на перегородке носа, кончике носа, костно-хрящевом своде; восстановление верхней челюсти и перемещение основания крыла носа.

Специальный послеоперационный уход с использованием средств, предотвращающих рубцовую деформацию тканей.

Учитывая эти факторы можно добиться приемлемого эстетического результата с нормальной функцией носа. Нидерланды, Амстердам, Academic Medical Center University of Amsterdam.

Рыжов А.И.

Пороки развития и повреждения носа у детей.

C.D.A. Verwoerd, H.L. Verwoerd-Verhoef. Management of the malformed or injured nose in children. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-114 (англ.)

Функциональные нарушения и деформации носа у молодых пациентов, в основном, лечили консервативно. Хирурги старались воздерживаться от хирургического вмешательства на носу у детей, если нет серьезной кранио – фациальной деформации. Долгое время,

оперируя расщелину верхней губы и неба, не производили операцию на носу. Даже в настоящее время для пластического хирурга существуют трудности в создании симметрии растущего носа. В исследовании строения носа кролика и человека, мы отметили, что на первых годах жизни имеются особенности строения носового скелета. Наиболее важная из них та, что при рождении внутренняя трехмерная структура носа является полностью хрящевой и преобладает над развитием наружных костных отделов в течение первых лет жизни, определяя окончательную форму и функцию средней части лица.

Толщина хряща носовой перегородки в различных отделах неодинакова. Соотношение между хрящем перегородки носа и костью постоянно меняются за счет окостенения хряща. Биомеханика носового скелета имеет большое значение для нормального роста наружного носа. Нарушения роста, травмы с или без переломов хрящей, риск при проведении оперативных вмешательств (остеотомия, отслойка мукоперихондрия, септопластика, в т.ч. наружным подходом) должны оцениваться с позиций знания морфологии и биомеханики роста средней части лица.

Конечная цель носовой хирургии у детей – восстановление функций носа без ущерба для роста носа. Нидерланды, Erasmus University Medical Center Rotterdam.

Рыжов А.И.

Эозинофильный грибковый риносинусит (EFRS) – опыт Граца.

H. Braun, K. Freudenschuss, W. Buzina, H. Stammberger. Eosinophilic fungal rhinosinusitis (EFRS) -The Graz experience. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-109 (англ.)

В сентябре 1999 Роникау и другие опубликовали результаты исследований аллергического грибкового синусита (AFS). По их данным грибковые культуры в носовом секрете были выявлены у 96% пациентов, страдающих хронического риносинуситом (CRS). Эозинофильные кластеры в муцине были найдены у 96% при хирургическом лечении CRS, при этом у 81% грибковые элементы могли быть обнаружены при гистологическом исследовании. Базирующийся на результатах своих исследований они предложили изменить терминологию аллергического грибкового синусита (AFS) на эозинофильный риносинусит (EFRS).

Мы хотели узнать, будут ли те же результаты у наших пациентов или этот феномен характерен только для пациентов из Северной Америки. Применяя новые технологии клиники Мауо, мы начали изучение состава слизистого отделяемого наших пациентов, страдающих CRS с или без полипоза носа. До настоящего времени мы исследовали больше чем 90 пациентов. Гистологические образцы оперируемых пациентов были исследованы с помощью электронной микроскопии.

У 92.1% наших пациентов, страдающих хроническим риносинуситом были обнаружены грибковые культуры, общим количеством до 283 грибковых культур, в среднем по 3.2 организма на пациента. Было идентифицировано 59 видов грибковых культур (максимально до 9 видов

грибка у одного пациента).

Грибковые элементы были обнаружены более чем у 73%, а эозинофилы у 94% наших пациентов.

Следовательно мы можем подтвердить результаты исследований Мауо: грибковые элементы присутствуют в слизи более чем у 90% пациентов страдающих хроническим риносинуситом, в т.ч. полипозным, с формированием при этом эозинофильных кластеров вокруг грибковых элементов в слизи. Австрия, ENT University Hospital, Graz, Styria.

Рыжов А.И.

Методики выделения и идентификации грибковых культур у пациентов с EFRS.

W. Buzina, H. Braun, K. Freudenschuss, H. Stammberger. Fungal cultivation and identification techniques in EFRS patients. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-109 (англ.)

При исследовании носовой слизи редко выделяли грибковые культуры. В этой работе мы представляем метод выделения и идентификации различных разновидностей грибковых культур из носовой слизи.

Мы исследовали более чем 90 пациентов, страдающих хроническим синуситом с или без полипоза носа. Слизь была получена, путем ополаскивания носа стерильным раствором NaCl и собранный материал был обработан dithiothreitol, чтобы получить грибковые элементы. Они были выращены на разнообразных питательных средах в течение шести недель. После этого культуры были исследованы под микроскопом. Недостающие морфологические характеристики идентифицированы на молекулярном уровне. Для этой цели был извлечен ядерный DNA и высоко вариабельный ITS (Internal Transcribed Spacer) области рибосомного DNA была усилена и упорядочена с помощью PCR (Polymerase Chain Reaction). Данные сравнивались через интернет на генетическом уровне для того, чтобы оценить сходство с известными грибковыми культурами.

До настоящего времени в 91.1 % случаев в слизи был определен грибковый рост. Соотношение различной разновидности грибковых культур на пациента было один к восьми. Больше чем семьдесят различных разновидностей, представляющих различные таксономические группы грибковых культур были идентифицированы, многие из них пока не описаны в контексте хронического синусита. Австрия, Institute of Botany, ENT University Hospital, Karl-Franzens-University Graz.

Рыжов А.И.

Осложнения носовой хирургии у детей.

Ranko Miadina. Complications of nasal surgery in children. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A- 113 (англ.)

Существуют два основных осложнения носовой хирургии у детей: вторичная деформация средней части лица и нарушение роста носа. Термин " вторичная деформация " может служить " хорошим оправданием " для неудачно сделанной операции. Verwoerd's считают, что отслойка мукоперихондрия сопровождается

интроперихондральными повреждениями, которые могут привести к деформации хряща. Они также доказали, что может встречаться разрастание рассеченных частей хряща перегородки носа в месте их соединения, приводящее к формированию бугра перегородки носа или деформации перегородки носа ("вторичной деформации") в ходе дальнейшего роста ребенка. Лучшим способом предотвращения вторичной деформации после вмешательства на перегородке носа у детей была бы имплантация аутогенного хряща, имеющего менее дифференцированные хондроциты, т.к. при этом возможно более полное воссоединение с первоначальными фрагментами хряща при их оптимальном сопоставлении. Относительно средней части лица и замедления роста носа, считаем ли мы догмой утверждение об отсрочке вмешательства на перегородке носа до половой зрелости или даже до пубертатного периода, несмотря на сильный дефект? Пропагандируем ли мы неискаженный рост носа и средней части лица? Если да, то во-первых, за счет чего мы сможем обеспечить нормальное носовое дыхание и нормальную оксигенацию тканей? Во-вторых, как убедиться в том, что рост носа и средней части лица останется неискаженным, если мы не оперируем? И в-третьих, что хуже: слабозрелые пирамиды носа и ретракция коллумелы в пубертатном периоде или длительное дыхание через рот? Хорватия, ORL Department, Univ. Hospital Salata, Zagreb.

Рыжов А.И.

Влияние частичной резекции боковой стенки носа на развитие средней части лица.

H.L. Verwoerd-Verhoef, C.D.A. Verwoerd. The influence of partial resection of the lateral nasal wall for midfacial development. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-113 (англ.)

Введение: Лечение хронического синусита у детей в некоторых случаях требует функциональной эндоскопической хирургии придаточных пазух носа (FESS). Исследования результатов FESS, произведенной в молодом возрасте относительно дальнейшего роста лица, неоднозначны. В настоящее время имеются сообщения об отдаленных результатах в виде деформации средней части лица. Экспериментальные исследования у различных животных дают спорные результаты. Механика развивающегося носа и верхней челюсти была экстенсивно проанализирована нашей группой на модели кролика.

Цели: были исследованы результаты частичной резекции латеральной стенки носа с (или без) резекцией передней части решетчатых клеток у молодых кроликов.

Методы: 30 молодых кроликов, 6-ти недельного возраста, были разделены на 3 группы. У первой группы оценивались результаты частичной резекции левой латеральной стенки носа, у второй группы – результаты частичной резекции латеральной стенки носа с резекцией передней группы решетчатых клеток. Для контроля, в третьей группе была выполнена только поперечная остеотомия с элевацией и заменой левой носовой кости.

Результаты: Резекция латеральной стенки носа не уменьшала длину морды и не нарушала симметричного

роста носа и верхней челюсти. Во второй группе отмечался нормальный рост носа и верхней челюсти после дополнительной резекции передней группы решетчатых клеток. В двух случаях была выявлена небольшая девиация в левую (оперированную) сторону, в одном случае – девиация в правую сторону. Все случаи демонстрировали увеличение левой группы синусов. Контрольная группа демонстрировала отсутствие влияния на рост средней части лица.

Заключение: У всех 20 животных операции на пазухах носа с осторожной резекцией латеральной стенки носа и передней группы решетчатых клеток могла быть выполнена в молодом возрасте без риска для неблагоприятного развития средней части лица. Нидерланды, Erasmus university Medical Center Rotterdam.

Рыжов А.И.

Эндоскопическая хирургия ангиофибромы носоглотки.

Reda Kamel, Ashraf Khaled, Tarek Kandil. Endoscopic surgery in nasopharyngeal angiofibroma. American Journal of Rhinology special issue september 2000 A-115 (англ.)

Цель. Юношеская носоглоточная ангиофиброма интенсивно васкуляризированная и локально распространяющаяся опухоль с высоким процентом заболеваемости и рецидивов.

Метод. Эта работа включала 6 пациентов с ограниченной носоглоточной ангиофибромой, прооперированных трансназально под контролем эндоскопа. Все эти повреждения были в задних отделах полости носа, носоглотке, клиновидной пазухе или крылонебной ямке. Опухоли были полностью удалены без осложнений. Проводилась широкая антростомия пазух и удаление передней стенки крылонебной ямки и переднего края sphenopalatine foramen (основные шаги процедуры). Результаты. Последующее эндоскопическое наблюдение за пациентами в течение 1-8 лет и контрастная томография исключило рецидивы опухоли.

Заключения. В областях, пораженных ангиофибромой, опытные эндоскопические хирурги могут с осторожностью рассматривать возможность трансназального эндоскопического подхода. Трансназальный эндоскопический подход наиболее точный и избегает любых наружных, небных, или подлабиальных разрезов. Однако это выполнимо только в случае ограниченного поражения, и хирург должен быть готов к открытому доступу в случае неспособности достигнуть хорошего выделения опухоли или полного ее удаления. Египет, Cairo University, Cairo.

Старосветский А.Б.



ОТ РЕДАКЦИИ

Во втором номере 2000г. «Российской ринологии» при переводе статьи Г.Моги и С.Кодама «Иммунная система слизистой оболочки верхних дыхательных путей: от базовых принципов к назальным вакцинам» был допущен ряд неточностей, которые необходимо исправить.

Раздел «Введение», первое предложение. Написано: «...и отличается от лимфоидной ткани периферических отделов тем, что способствует проникновению в циркулярное русло различных изоформ антител». Следует: «...и отличается от периферической лимфоидной ткани других локализаций, которые обеспечивают циркуляторное русло изоформами антител».

19 строка сверху. Написано: «...В-клетки отвечают за выработку иммуноглобулина А...». Следует читать: «...комитирование (обучение) В-клеток в отношении синтеза иммуноглобулина А (IgA), главного изоформы мукозальной иммунной системы, как принято считать, происходит в этих индуктивных зонах в ответ на ингаляционные антигены».

11 строка снизу. Написано: «...антиген-специфические Th, такие как CD8+ цитотоксические Т-лимфоциты...». Следует: «...антиген-специфические Th, а также CD8+ цитотоксические Т-лимфоциты...».

Стр. 5, 1 колонка, 3 строка сверху. Написано: «... использование антигенных белков вируса гриппа, экспрессирующих плазмиды». Следует: «...использование плазмид, экспрессирующих антигенные белки вируса гриппа».

Там же, 8 строка сверху. Написано: «...ДНК-содержащий белок...». Следует: «...белок, закодированный в ДНК, начинает экспрессироваться клетками хозяина».

15 строка сверху. Написано: «...кодирование плазмидом...». Следует: «...закодированные в плазмиде...».

3 строка снизу. Написано: «...Th2-подобный ответ...», следует читать: «Th1-подобный ответ...».

Стр. 5, раздел T1- и T2-хелперы...

Строка 2 сверху. Написано: «IFN-γ участвует в реакциях, обеспечивающих IgG2a...» Следует: «...IFN-γ обеспечивал поддержку IgG2a ответа у мышей».

Стр. 7, 1 колонка, 3 строка снизу. Написано: «...находятся в несвязанном состоянии...». Следует: «...находятся в состоянии наивной клетки...».

Стр. 7, 2 колонка 1 строка сверху. Написано: «Кроме того, продуцентами sIgM/sIgA и sIgA...». Следует: «Кроме того, примерно 3,5% и 0,5% В-клеток NALT имеют фенотип sIgM/sIgA и sIgA соответственно».

Стр. 7, 2 колонка, 10 строка сверху. Написано: «...в NALT процесс связывания изоформы происходит медленнее». Следует: «...в NALT процесс переключения изоформы происходит медленнее».

Стр. 7, 2 колонка, 4 строка снизу. Написано: «Анализ экспрессии РНК цитокинов...» и т.д. Следует: «Анализ экспрессии Th1 и Th2 цитокинов, проводимый с помощью mRNA (информационной РНК) показал, что в NALT значительно меньшее количество CD4+ Т-клеток экспрессирует Th1 и Th2 цитокины, чем в слизистой оболочке полости носа».

Авторы перевода выражают благодарность В.П.Быковой, внимательно изучившей эту публикацию и внесшей необходимые исправления.

