



№ 2 – 2009

Основан в 1993 году
выходит 4 раза в год
ISSN 0869-5474

РОССИЙСКАЯ РИНОЛОГИЯ

Научно-практический журнал
Российского общества ринологов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Г.З. Пискунов —
главный редактор
В.П. Быкова
И.П. Василенко
В.В. Вишняков
Д.Н. Капитанов
Е.П. Карпова
И.А. Ким —
зав. редакцией
В.С. Козлов
С.Я. Косяков
П.А. Кочетков
А.С. Лопатин —
зам. главного редактора
Е.В. Носуля
С.З. Пискунов
К.П. Пшениснов
С.В. Рязанцев
И.С. Садиков
Ю.К. Янов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Р.Г. Анютин (Москва)
Н.А. Арефьева (Уфа)
С.Б. Безшапочный (Полтава, Украина)
А.Г. Волков (Ростов-на-Дону)
Г.А. Гаджимирзаев (Махачкала)
Т.И. Гаращенко (Москва)
Д.Р. Гуров (Москва)
А.Д. Гусаков (Запорожье, Украина)
А.О. Гюсан (Черкесск, КЧР)
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)
М.Н. Мельников (Новосибирск)
Р. Младина (Загреб, Хорватия)
Д. Пассали (Сиенна, Италия)
Р. К. Тулебаев (Астана, Казахстан)
Е. Хойзинг (Утрехт, Нидерланды)
Х. Штаммбергер (Грац, Австрия)
И.А. Шульга (Оренбург)

УЧРЕДИТЕЛЬ

Общероссийская общественная организация
«Российское общество ринологов»

Подписные индексы в каталоге Агентства «Роспечать»,
«Газеты и журналы»: 82694 — на год, 72994 — на полгода.
Журнал зарегистрирован Министерством печати и информации
РФ: свидетельство о регистрации ПИ №77-14221.

Решением Президиума ВАКа журнал внесен в Перечень
ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в РФ.
Журнал включен в Реферативный журнал и базы данных
ВИНИТИ, в Российский индекс научного цитирования.

Сведения о журнале ежегодно публикуются в международной
справочной системе по периодическим и продолжающимся
изданиям «Ulrich's Periodicals Directory».

Адрес редакции: 125367, г. Москва, Ивановское ш., д. 7,
ЦКБ ГА «Российское общество ринологов» Телефон/факс:
(495) 490-61-32; тел: 490-04-49,

www.rhinology.ru; www.lorcentr.ru, e-mail: RR@lorcentr.ru

ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Открытое акционерное общество
«Издательство «Колос»
107996, Москва, ул. Садовая-Спасская, 18
Наш сайт в Интернете: www.koloc.ru

Редактор: *Ж.В. Мартынова*
Верстка и дизайн: *А.А. Борисенко*

Подписано в печать 01.06.2009. Формат 60×90^{1/8}
Печать офсетная. Бумага мел., глянец.
Уч.-изд. л. 11,0. Усл.печ. л. 11,0. Тираж 1000 экз.

Отпечатано в типографии
ОАО «Архон»
152931, Ярославская обл., г. Рыбинск,
ул. Зои Космодемьянской, д. 1

МАТЕРИАЛЫ VIII КОНГРЕССА РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ	5	<i>Г.З. Пискунов</i> ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РИНОСИНОСУХИРУРГИИ	21
1. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ СИНУСИТЫ	7	<i>С.З. Пискунов, И.С. Пискунов, Н.М. Солодилова</i> О СИНДРОМЕ МОЛЧАЩЕГО СИНУСА	22
<i>Г.З. Пискунов</i> ПРИЧИНЫ РОСТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	7	<i>М.В. Субботина, А.Н. Фатейчев, И.А. Букина, А.И. Чернов, А.Ф. Хирнеткина, С.Б. Гомбоев</i> ФИНАНСОВЫЕ ЗАТРАТЫ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ СИНУСИТОМ В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ	22
<i>Б. Абдуллаев</i> ЛЕЧЕНИЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНОСИТА	9	<i>А.В. Черныш, В.И. Садовский</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНОСИТОВ	22
<i>Н.А. Арефьева, Е.Д. Гусева, Р.Х. Кудакеева</i> МИКРОБНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ РИНОСИНОСИТОМ В УСЛОВИЯХ ЛОР-СТАЦИОНАРА	9	<i>В.С. Шагова, Т.А. Машкова</i> ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ	23
<i>А.А. Блоцкий, М.Ю. Целляев</i> ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ	10	<i>Э.Р. Шарипова, Н.А. Арефьева, Л.Ф. Азнабаева, Р.А. Шарипов, В.Г. Нагаев</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНЫХ ЦИТОКИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РИНОСИНОСИТОВ	23
<i>В.М. Бобров, Н.М. Коробейникова</i> НАШ ВАРИАНТ ЩАДЯЩЕЙ ГАЙМОРОТОМИИ	10	<i>С.А. Юркин, М.М. Михирева</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ	24
<i>А.К. Боклин</i> КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ ПОЛИСИНОСИТОВ	11	2. ПРОЧИЕ ВОПРОСЫ РИНОЛОГИИ	24
<i>В.В. Вавин, Н.В. Мингалёв</i> ОСОБЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНОСИТОВ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ В ГОРОДЕ НОВОКУЗНЕЦКЕ	11	<i>Л.Ф. Азнабаева, Н.А. Арефьева</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ИММУНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНОСИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕАКТИВНОСТИ ЛИМФОЦИТОВ НЁБНЫХ МИНДАЛИН	24
<i>В.В. Вишняков</i> ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО СИНУСИТА	12	<i>В.М. Бобров</i> РИНОЛИТЫ	25
<i>А.Г. Волков, И.В. Стагниева</i> КЛИНИКО-РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЛОКАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИМПТОМА ПРИ ФРОНТИТАХ	12	<i>И.П. Василенко, М.П. Николаев, Н.А. Дайхес, В.А. Заричанский</i> АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА	25
<i>М.И. Говорун, О.В. Кокорина А.А. Горохов, Д.О. Попов, А.Н. Галомзик</i> К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАЙМОРИТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	13	<i>Л.А. Васина</i> ОЦЕНКА «ЦИЛИОДЕПРЕССИВНОГО» ЭФФЕКТА ТОПИЧЕСКИХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ	26
<i>Г.Е. Дженжера</i> ПРАВОМОЧНО ЛИ СЧИТАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ (ХОБЛ) И ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНОСИТА ЕДИНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ?	13	<i>В.В. Вишняков, К.В. Савранская</i> ЦИФРОВАЯ ОБЪЁМНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОБНЫХ ПАЗУХ	26
<i>В.И. Егоров, А.В. Козаренко, С.В. Зуева, Р.Б. Муратова</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ФРОНТИТА	14	<i>А.Г. Волков, В.Г. Жданов*, Т.В. Золотова, В.В. Киселёв</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РОСТОВСКОЙ ЛОР-КЛИНИКЕ	27
<i>Н.В. Ерёмкина</i> ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ	14	<i>М.И. Говорун, И.Г. Бабенкова, В.И. Корнюшко</i> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	27
<i>А.И. Извин</i> ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ МУКОЛИТИКОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ	15	<i>М.И. Говорун, А.В. Раковский, А.И. Луцевич</i> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАТЕКСНОГО ТКАНЕВОГО КЛЕЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА	28
<i>В.М. Исаев, В.М. Свистушкин, А.Н. Наседкин, Д.М. Мустафаев</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГНОЙНЫМИ ГАЙМОРИТАМИ	15	<i>А.О. Гюсан, А.Х. Ламкова</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	28
<i>В.М. Исаев, Е.А. Торцова, В.В. Базаева</i> ПРИМЕНЕНИЕ NO-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ	16	<i>А.О. Гюсан, А.Х. Ламкова</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	29
<i>В.П. Карпов, Л.М. Затонская, В.И. Агранович, Ф.С.-Г. Гелисханова, В.И. Замковая, С.А. Аветисян</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РИНОСИНОСИТОВ В Г. СТАВРОПОЛЕ	16	<i>Я.В. Деточка, А.С. Лопатин</i> МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ЭКССУДАТИВНОМ ОТИТЕ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ	29
<i>А.С. Киселёв</i> ПORAЖЕНИЕ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ХРОНИЧЕСКОМ СФЕНОИДИТЕ	17	<i>К.Г. Добрецов, В.Ю. Афонькин, С.В. Столяр, В.П. Ладыгина, А.В. Сипкин, К.В. Луртов, О.А. Баюков, О.А. Коленчукова, А.С. Лопатин</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОЧАСТИЦ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	29
<i>Ф.Ф. Курбанов, В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев, М.Ю. Герасименко, Е.В. Филатова, Е.В. Русанова</i> КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ	17	<i>В.И. Егоров, А.В. Козаренко</i> К МЕТОДИКЕ ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА	30
<i>Г.В. Лавернова, А.С. Симбирцев, Е.Н. Тараканова</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА IL-1 β У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ РИНОСИНОСИТОМ	18	<i>В.И. Егоров, А.В. Козаренко, М.А. Головашкина</i> СИМУЛЬТАНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ В РИНОЛОГИИ	30
<i>А.С. Лопатин, А.В. Варьянская, П.А. Кочетков</i> ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НИЗКИМИ ДОЗАМИ МАКРОЛИДОВ ПРИ ХРС	18	<i>А.Н. Зинкин, М.М. Сергеев</i> ИСХОДЫ РИНОСИНОСУГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ	31
<i>Т.А. Машкова, А.И. Неровный</i> КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЭВАКУАЦИИ СОДЕРЖИМОГО ЛОБНЫХ ПАЗУХ	19	<i>Д.В. Калинин, В.П. Быкова</i> РАСПОЗНАЮЩИЕ РЕЦЕПТОРЫ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА В ОРГАНАХ МАЛТ-СИСТЕМЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	31
<i>О.Г. Мухина</i> ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ	19	<i>О.В. Кокорина</i> АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ	32
<i>К.И. Нестерова, И.А. Нестеров, Н.А. Левицкая</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА (МИ) ПРИ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ГНОЙНЫХ ПОЛИСИНОСИТОВ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПУНКЦИЯ, НИЗКОЧАСТОТНЫЙ УЛЬТРАЗВУК (НУЗ))	20	<i>Т.А. Машкова, А.В. Исаев</i> К ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЛОБНО-НОСОВОГО СООБЩЕНИЯ	32
<i>А.А. Никитин, В.М. Исаев, В.М. Свистушкин, А.М. Сипкин, Д.М. Мустафаев, Е.В. Жданов, Р.С. Ашуров</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ	20	<i>К.И. Нестерова, Ю.А. Кротов, И.Н. Одарченко, М.В. Подойников, И.А. Нестеров</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА (НУЗ) В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В РИНОЛОГИИ — ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	32

А.Г. Пажетнев, В.В. Дворянчиков, Б.В. Куц РИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ НЕПЕРФОРАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ.....	33	И.А. Игнатова, С.В. Смирнова, О.А. Коленчукова СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА НОСА И ЕЁ МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ.....	43
И.С. Пискунов, Е.Н. Чеглакова КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНОВИДНЫХ ПАЗУХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ.....	33	Э.Ю. Казакова, В.И. Егоров, А.В. Козаренко, Р.Б. Муратова, Ю.В. Денисов СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИОЛОГИЧНОСТИ МЕТОДОВ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ).....	44
А.Б. Пономарев, М.Г. Лейзерман, М.В. Гунчиков, Б.В. Старосветский О МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.....	34	В.П. Карпов, Е.Е. Карлова ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ «НАЗОНЕКС» И «ЭРИУС» В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА.....	44
Д.М. Савватеева, М. Бремке, И.А. Вернер ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВОЙ ОБЪЁМНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЩЕЛИ И ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЯМКИ.....	34	С.В. Коренченко, Н.В. Тарасова, Л.Г. Плешакова КОБЛАЦИЯ (ХОЛОДНОПЛАЗМЕННАЯ РЕДУКЦИЯ) НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕМ РИНОСИНУСИТЕ.....	45
В.И. Садовский, А.В. Черныш, А.А. Сухарев КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ.....	35	В.Н. Красножен ПРИМЕНЕНИЕ БИПОЛЯРНЫХ РАДИОЧАСТОТНЫХ ТОКОВ (RFITT) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ.....	45
В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев, В.В. Шевцов, Л.Ю. Мусатенко ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РУБЦОВО- ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ НОСА.....	35	А.С. Лопатин, О.А. Шемпелев ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ.....	46
М.В. Субботина, Н.В. Афанасьева, Н.М. Мейерович, С.И. Басенко, Г.М. Бардымова, Н.Г. Малкова, М.Л. Прищело ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ.....	36	К.И. Нестерова, И.А. Нестеров, А.И. Драчук, И.Н. Одарченко, М.В. Тютрина, Е.В. Надей, О.А. Сенина, В.Д. Лантух, Н.В. Багишева ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ.....	46
И.А. Шульга, В.С. Полякова, Е.В. Худякова, Е.А. Васильев, В.М. Карпунин ОСОБЕННОСТИ МУКОЦИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ.....	36	О.В. Решетникова, В.Н. Решетников, С.В. Решетников ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ.....	47
3. ХИРУРГИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	36	Ю.Ю. Самуйлов КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	47
Х.Т. Абдулкеримов ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ КАНАЛИКУЛОДАКРИО-ЦИСТОРИНОСТОМИИ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА.....	36	Э.В. Сильков, В.В. Вишняков ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛЭШСКАНЕРА, СОВМЕЩЁННОГО С СО, ЛАЗЕРОМ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	48
Г.А. Абдурахманов, В.Г. Белоглазов, Е.Л. Атькова, Э.Р. Юсипова ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	37	Н.В. Яковенко ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	48
Е.И. Курятина ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ОРБИТАЛЬНОЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.....	38	5. ОПУХОЛИ НОСА И ОНП. ХИРУРГИЯ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА.....	48
И.Л. Лазаревич, Г.З. Пискунов ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	38	Х.Т. Абдулкеримов, Р.С. Давыдов, А.В. Пыхтеев, К.И. Карташова, В.О. Самойличенко МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ.....	48
С.Ф. Школьник, В.Н. Красножен БИМАНУАЛЬНАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	38	И.И. Акулич, А.С. Лопатин ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ДЛЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА.....	51
4. РИНИТЫ.....	39	И.И. Акулич, В.С. Козлов СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СЛОЖНОСТЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА.....	51
А.В. Акимов СПОСОБ РАДИОВОЛНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.....	39	Д. Афзаеш, В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев, С.Б. Загадаева ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	52
А.А. Блоцкий, Н.В. Валова РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	39	М.И. Говорун, В.С. Ушаков, Б.В. Куц, А.П. Румакин К ВОПРОСУ О КОМБИНИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ОПУХОЛЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ОРБИТЫ.....	52
Л.А. Васина ПОКАЗАТЕЛИ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА У БОЛЬНЫХ С ИСКРВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	40	В.Р. Гофман, М.И. Говорун АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ.....	53
С.Г. Вахрушев, Н.В. Терскова, М.А. Хорольская ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТАХ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ.....	40	В.Р. Гофман, К.П. Головкин, Д.М. Ильясев ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ.....	53
М.И. Говорун, В.Г. Миронов СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТАХ.....	41	В.Р. Гофман, В.Ю. Черемилло АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА.....	54
Е.Д. Гусева, Н.А. Арефьева, Р.М. Файзуллина ВЛИЯНИЕ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ НОСА НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ.....	41	В.И. Егоров, А.А. Азбаров, А.А. Штиль К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ.....	54
В.А. Долгов, Р.А. Забиоров, Б.Я. Усвятцев, Д.Р. Кушкинбаева ХАРАКТЕР ДИСБИОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСА В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО РИНОФАРИНГИТА.....	42	В.С. Козлов, И.И. Акулич, Т.А. Дворникова ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НВИ-ЭНДОСКОПИИ В ЛОР-ПРАКТИКЕ НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ.....	55
И.А. Игнатова, С.В. Смирнова ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА.....	42	В.В. Лонский, Л.И. Леошко ОПЫТ ТРАНССЕПТАЛЬНО-ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА.....	55
И.А. Игнатова, С.В. Смирнова СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИСТИННОЙ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЭВЕНКИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОВОЙ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ.....	42	М.Н. Мельников ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА.....	56
И.А. Игнатова, С.В. Смирнова, С.В. Кадричева ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ.....	43		

<i>М.В. Нерсисян, И.Н. Шурова, И.Н. Пронин, Д.Н. Капитанов, В.Н. Корниенко</i> ПЕРФОЗИОННАЯ КТ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ.....	56	<i>В.П. Карпов, В.И. Агранович, Е.Е. Карпова, И.В. Еңин</i> К ПРОБЛЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ	67
<i>А.В. Черныш, В.И. Садовский, А.А. Сухарев</i> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ	57	<i>П.А. Кочетков, А.С. Лопатин</i> ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ОРБИТЫ ТРАНСЭТМОИДАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ	67
<i>Е.В. Шелско, Д.Н. Капитанов, А.С. Лопатин, М.В. Нерсисян</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА	57	<i>Е.В. Лонская, В.В. Лонский, Р.А. Забиров, М.И. Аникин</i> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАЙМОРИТОВ	68
6. ДЕТСКАЯ РИНОЛОГИЯ	58	<i>О.А. Меркулов</i> ВЕДУЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ВРАЧОМ ХАРАКТЕРА ОПЕРАЦИИ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ.....	69
<i>А.Г. Волков, В.В. Киселёв, Г.И. Кирий</i> СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У 8-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ.....	58	<i>Г.З. Пискунов</i> СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ.....	69
<i>Н.В. Волов, Г.К. Пишеницына, В.Н. Грищук, М.С. Овсянникова</i> К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ АДЕНОИДАХ	58	<i>С.З. Пискунов, Ф.Н. Завьялов, Н.М. Солодилова</i> О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	70
<i>А.В. Володин</i> ИЗУЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ РИНОТУБАРНОГО КОМПЛЕКСА ОТ РАЗМЕРА НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭНДОСКОПИИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3–5 ЛЕТ.....	59	<i>А.Н. Щеглов, В.С. Козлов</i> ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ЧЕРЕЗ МИНИДОСТУП	71
<i>А.В. Володин</i> ИЗУЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ФОРМЫ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭНДОСКОПИИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3–5 ЛЕТ	59	8. ХРАП И СОАС: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ РИНОЛОГА ...	71
<i>Т.И. Гаращенко, О.А. Денисова, Н.В. Морозов, А.П. Китайгородский</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ НОСОГЛОТКИ	60	<i>П.А. Кочетков, А.С. Лопатин, Д.В. Фишкин</i> СЛИПВИДЕОЭНДОСКОПИЯ — МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ АПНОЭ СНА	71
<i>Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов, В.А. Липатов, Л.Н. Ерофеева</i> ИССЛЕДОВАНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТОЧНОГО УСТЬЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	60	<i>С.В. Решетников, В.Н. Решетников, О.В. Решетникова</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИИ И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	72
<i>Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов, Т.В. Хлобыстова, В.В. Черненко</i> ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ И ВРОЖДЕННОЙ НЕСКВОЗНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА.....	61	<i>А.К. Сухарев, В.И. Садовский, А.В. Черныш</i> КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРАПА	72
<i>Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, Т.Г. Заикторина</i> ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ)	61	<i>А.К. Эсенбаева</i> ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РОНХОПАТИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ СТРУКТУР ПОЛОСТИ НОСА.....	73
<i>К.И. Карташова, В.О. Самойличенко, Р.С. Давыдов, Т.В. Рожкова</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ ДГКБ № 9 Г. ЕКАТЕРИНБУРГА	62	9. ДРУГИЕ ВОПРОСЫ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ	73
<i>С.В. Коренченко, Н.В. Тарасова, Е.А. Сухачёв, А.А. Кузнецов</i> ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО АДЕНОИДИТА	62	<i>Х.Т. Абдулкеримов, Е.Л. Савлевич, Т.Н. Тарасевич</i> НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2b В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОРВИ ..	73
<i>В.Н. Красножен, В.В. Рафаилов, А.Р. Мангушев</i> ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ ..	63	<i>А.К. Боклин, О.А. Мельников</i> РАБОТА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	74
<i>И.С. Пискунов, А.Н. Демиденко, Н.А. Бочковская</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ	63	<i>В.П. Быкова</i> СИСТЕМА МАЛТ В АСПЕКТЕ ВРОЖДЕННОГО И АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА.....	74
<i>М.М. Сергеев, Б.Б. Мусельян, П.В. Смирнов, Т.П. Россейкина</i> О КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ	63	<i>Т.Н. Горяева</i> ЛЕЧЕНИЕ ТУБОУТИТОВ, СОЧЕТАННЫХ С АДЕНОРИНОСИНОСИТАМИ И НАРУЖНЫМИ ОТИТАМИ.....	75
<i>И.Е. Смирнов, К.Л. Мещеряков, А.П. Якушенкова</i> ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОИДНОГО КОЛЬЦА ГЛОТКИ.....	64	<i>Ф.Н. Завьялов, О.Г. Гончарова, Л.П. Попова</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОГЕННОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА СРЕДНЕМ УХЕ	75
<i>Д.А. Тулупов</i> ПРИМЕНЕНИЕ СТАФИЛОКОККОВОГО БАКТЕРИОФАГА У ДЕТЕЙ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА, АССОЦИИРОВАННОГО СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	64	<i>С.В. Игнатов, А.А. Шерстнева, Л.И. Покидьшева, И.А. Игнатова</i> ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС «ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА»	76
<i>В.В. Шевцов, В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АТРЕЗИЯМИ ХОАН.....	65	<i>И.А. Игнатова, С.В. Смирнова</i> ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ (ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНОСПАТИИ)	76
<i>А.С. Юнусов, Е.Б. Молчанова</i> ЗНАЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ГИПЕРТРОФИИ НОСОВЫХ РАКОВИН В ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫХ ФРОНТИТОВ У ДЕТЕЙ	65	<i>Е.А. Козаренко, Е.А. Шевцов, А.С. Юнусов, А.Г. Рябинин</i> ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, СОПРЯЖЕННЫМ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.....	76
<i>А.С. Юнусов, О.И. Полова</i> ПЕРЕДНЯЯ АКТИВНАЯ РИНОМАНОМЕТРИЯ ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРДКИ НОСА У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ	66	<i>М.Г. Лейзерман, М.В. Гунчиков, А.И. Галеев</i> ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО. ЧЕМУ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?	77
7. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОХИРУРГИЯ	66	<i>О.А. Меркулов</i> К ВОПРОСУ О СЕЗОННОСТИ ОБОСТРЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ	77
<i>В.М. Авербух, А.С. Лопатин</i> СУМКА ТОРНВАЛЬДТА.....	66	<i>К.И. Нестерова, М.Г. Чеснокова, А.А. Нестерова</i> РОЛЬ БИОПЛЁНОК В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОЧАСТОТНЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИХ САНАЦИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	78
<i>С.А. Аллахвердиев, А.С. Лопатин</i> ИЗУЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СТенок ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ ЧЕРЕЗ СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД	67	<i>В.В. Павлов, И.Н. Вахрамеев</i> ПРОБЛЕМЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА	78
		<i>С.Д. Полякова, Е.А. Попова, Н.Н. Батенева, Я.П. Родинко</i> ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ НА БАРОАККОМАДАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ	79
		<i>А.В. Саликов, А.В. Беседин, В.В. Черненко</i> О РОЛИ МИКОПЛАЗМЫ ПНЕВМОНИИ В РАЗВИТИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ.....	79
		<i>А.И. Яшан, В.В. Яцкив, К.И. Нестерова</i> ОБ ИССЛЕДОВАНИИ РИНОТУБАРНОГО ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ СРЕДНЕГО ОТИТА.....	80
		<i>Г.З. Пискунов, И.Л. Лазаревич</i> АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ — СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	80
		КАЛЕНДАРЬ	88

МАТЕРИАЛЫ VIII КОНГРЕССА РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ

Оренбург, 25–26 июня 2009 г.

Генеральные спонсоры конгресса



GlaxoSmithKline



Спонсоры конгресса



PharmaMed®

ROSSLYNMEDICAL®
передовые технологии



Дорогие коллеги!

Вот уже почти 17 лет существует Российское общество ринологов. За всё время его существования не было года, когда мы не собирались бы на традиционные конференции или конгрессы. Наши встречи были разными по тематике и содержанию, на них всегда обсуждались самые актуальные вопросы ринологии. Многим запомнились мероприятия, которые проходили в рамках международных форумов: симпозиума по инфекциям и аллергии носа (Ярославль, 2001) и консенсусной конференции по полипозному риносинуситу (Москва, 2006). География российских конгрессов была впечатляющей: 1994 и 2005 г. — Санкт Петербург, 1996 — Сочи, 1998 — Курск, 2001 — Ярославль, 2003 — Новосибирск, 2007 — Таганрог.

Для проведения очередного конгресса был выбран Оренбург — город, который находится на границе Европы и Азии. Город, в котором жили, трудились и трудятся известные российские оториноларингологи, которые и сейчас занимают лидирующие позиции в нашей специальности. Здесь ещё в советские времена проходили пленумы, в чём-то определявшие дальнейшую судьбу общества оториноларингологов.

VIII конгресс российских ринологов проходит в трудные времена. Из-за всемирного финансового кризиса и перемен в политике руководства здравоохранения врачам стало намного сложнее выезжать на внутренние и международные конференции. И всё-таки я надеюсь, что эти временные трудности не помешают тем, кого интересуют вопросы ринологии, максимально представительным составом собраться в Оренбурге, представить результаты своих последних исследований, обменяться мнениями в научных дискуссиях. Темы, вынесенные на повестку круглых столов, которые состоятся в рамках конгресса, — это эндоназальная хирургия основания черепа, ринологические аспекты лечения синдрома обструктивного апноэ сна, хирургия слезоотводящих путей и многое другое.

Желаю всем плодотворно и с удовольствием провести предстоящие дни в Оренбурге. Надеюсь, что очередной конгресс ринологов станет ещё одной новой ступенькой в развитии нашей специальности.

А.С. Лопатин
Президент
Российского
общества ринологов

1. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ СИНУСИТЫ

Г.З. Пискунов

ПРИЧИНЫ РОСТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ РМАПО, г. Москва

Отечественные и международные источники информации констатируют рост распространённости заболеваний носа и околоносовых пазух. ARIA08 — международный документ по аллергическому риниту и бронхиальной астме — отмечает, что за прошедшие 50 лет существенно вырос уровень распространённости аллергического ринита и это заболевание представляет собой общемировую проблему. По самым скромным оценкам, свыше 500 миллионов человек по всему миру страдает аллергическим ринитом. Увеличение заболеваемости отмечается в большинстве стран и не зависит от возраста или этнической принадлежности. Аллергический ринит оказывает существенное влияние на многие аспекты социальной жизни, а также ведёт к экономическим потерям.

EPOS редакция 2007 года отмечает рост распространённости риносинусита, в частности, полипозного риносинусита, распространённость которого среди населения планеты увеличилась с 2% до 4% в течение последних десяти лет. Естественны возникающие в связи с этим вопросы: почему это происходит и что делать? К сожалению, однозначно ответить на эти вопросы весьма и весьма трудно. В этом контексте одной из основных причин данной проблемы принято считать изменение условий окружающей среды со всем комплексом отрицательных факторов, воздействующих на человека (изменение состава воздуха, ухудшение условий быта, питания и др.). Но есть и более конкретные причины.

В 50-е гг. XX столетия врачи активно боролись с ангиной, скарлатиной, ревматизмом. Основным возбудителем этих заболеваний является гемолитический стрептококк. Был проведён целый ряд всероссийских совещаний, касающихся вопросов лечения и профилактики ангины. Участие в этих совещаниях принимали оториноларингологи, терапевты, инфекционисты, ревматологи, организаторы здравоохранения. Появился в достаточном количестве пенициллин. Стали проводиться профилактические прививки. Оториноларингологи активно начали удалять миндалины, причём удаление шло широким фронтом. Тонзиллэктомия выполнялась не только тем, кто страдал частыми ангинами, но и пациентам с частыми простудными заболеваниями. В результате удалось существенно снизить уровень распространённости скарлатины, ревматизма, но распространённость хронического тонзиллита осталась на прежнем уровне. Как писал Б.С. Преображенский, примерно 4% населения болеет хроническим тонзиллитом. Примерно тот же уровень сохраняется и в настоящее время.

В 60-е гг. количество тонзиллэктомий продолжало расти. Следующее десятилетие прошлого века характеризуется некоторым торможением этого процесса. Появились данные об особой роли миндалин в формировании иммунитета, что заставило по-новому взглянуть на хирургические методы лечения тонзиллита. Но уже к этому времени во всём мире образовалась существенная прослойка населения земли, живущая без миндалин и, таким образом, в современном представлении, без достаточно хорошо сформированного местного иммунитета — иммунитета слизистой оболочки верхних дыхательных путей, прежде всего.

В 70-е гг. уже был замечен рост числа заболеваний носа и верхних дыхательных путей. Начиная с 60-х и в последующие годы, внимание привлекали аллергические процессы, происходящие в ЛОР-органах. Это было связано не только с тем, что изучать аллергию было модно. Появилась практическая необходимость изучать аллергические заболевания в связи с их ростом. Это служило стимулом изучения воспаления слизистой

оболочки на более глубоком уровне: клеточном, молекулярном. Был отмечен рост аллергического ринита и других болезней носа и околоносовых пазух. И если ещё десять лет назад в международных источниках указывалось о распространённости хронического полипозного риносинусита у 1% населения земли, то, по материалам EPOS, редакция 2007 г., распространённость различных форм хронического риносинусита затронула до 15% населения и из них до 4% страдают полипозным риносинуситом. За риносинуситом неизбежно увеличилась распространённость таких заболеваний, как бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь лёгких, то есть болезней, в возникновении которых существенная роль принадлежит ослаблению местных защитных сил слизистой оболочки дыхательных путей, то есть местному иммунитету.

В настоящее время мы знаем, что в формировании местного иммунитета принимают участие две основные ткани — слизистая оболочка дыхательных путей и лимфоидная ткань глотки (аденоиды, миндалины). Мы называем это лимфоэпителиальный симбиоз, который при правильном функционировании создаёт устойчивость организма от «простуд». Это не значит, что человек в этом случае навсегда защищён от респираторной инфекции, но без этого иммунитета он особенно доступен для респираторных вирусов, бактерий и грибов. Мы, оториноларингологи, внесли существенный вклад в ослабление иммунной прослойки населения, проводя без обоснованных показаний тонзилэктомию и аденотомию. Ни в коем случае я не призываю остановить выполнение этих операций, они должны быть выполнены по обоснованным показаниям, эти показания определены. Но пора уходить от повального «радикализма» в оториноларингологии.

Возможности современной медицины существенно вмешались в естественный отбор. Сохранение жизни недоношенных, активная антибиотикотерапия и целый ряд организационных и клинических мероприятий дают возможность сохранить и обеспечить жизнь людей с врождённым и приобретённым иммунодефицитом. Это наши общие достижения и в этом направлении следует продолжать работу, углубляясь в изучение патологического процесса на молекулярном и более высоком уровне. Но существенная прослойка людей с иммунодефицитом способствует росту распространённости болезней ЛОР-органов. И на это следует обратить внимание в первую очередь организаторам здравоохранения. Это требует организации более глубокого изучения физиологических и патологических процессов в слизистой оболочке дыхательных путей с тем, чтобы научиться поднимать защитные свойства слизистой оболочки.

Мы знаем, что уже не столь большое число ЛОР-заболеваний приводит непосредственно к смерти человека: в основном это осложнения воспаления уха или околоносовых пазух (абсцесс мозга, менингит) или онкологические заболевания. Но ЛОР-болезни являются причиной возникновения заболеваний органов сердечно-сосудистой и дыхательной систем, почек. Эти болезни заканчиваются смертью человека, что регистрирует медицинская статистика и направляет деятельность здравоохранения на последствия, не учитывая первоисточник. Таким образом, не выполняется профилактическая функция здравоохранения. В то же время ЛОР-болезни определяют качество жизни человека. Социальное значение слухового анализатора и речи переоценить невозможно. Отсутствие носового дыхания отрицательно влияет на все функции органов и систем, это описано в специальной литературе.

Ещё раз обращаю внимание, что высокий уровень распространённости ЛОР-болезней приводит к большим экономическим потерям. До 6 млрд долларов США стоит для Америки диагностика и лечение риносинусита. У нас это заболевание статистически не учитывается, и расходы на него неизвестны. Вместе с тем риносинуситом в России страдают около 15% населения. Тем не менее, позиция оториноларингологии в реформе здравоохранения

ния чётко не определена, и наша специальность не обозначена как ведущая в профилактическом направлении медицины.

Каковы же составляющие роста распространённости риносинусита? Все приведённые выше факторы в той или иной мере способствуют этому. Что имеем, то и имеем. Родился ребёнок, он должен быть здоров и долго жить. Он вошёл во враждебный мир, в окружение вирусов, бактерий и грибов. Первые болезни у ребенка — это ринит и диарея. Это знают все матери мира. Будем говорить о своём. От острых респираторных инфекций трудно уберечь ребенка, да и следует ли к этому стремиться? Каждый острый ринит способствует формированию местного иммунитета. Важно, чтобы этот ринит завершился выздоровлением в отведённые сроки и не оставил за собой таких осложнений, как синусит и пневмония.

Я не касаюсь особенностей ринита при различных вирусных и бактериальных поражениях, они есть и должны учитываться в каждом конкретном случае. Пишу об общих тенденциях.

Формированию синусита способствуют особенности развития внутриносовых структур и нарушение аэродинамики в полости носа и околоносовых пазухах. Оториноларингологам хорошо известно, что именно эти факторы являются пусковым моментом в патогенезе синусита. Склонность к частым простудам, скорее всего, говорит о наличии вторичного иммунодефицита или ещё не сформировавшемся иммунитете слизистых оболочек. Каждый насморк оставляет после себя след.

Окружающая среда имеет существенное значение. Антигенная нагрузка на слизистую оболочку (вирусы, бактерии, грибы и др.) ведёт к иммунологической перестройке слизистой оболочки и лимфаденоидных органов (прежде всего, аденоидов). Увеличивающаяся клеточная инфильтрация ведёт к гипертрофии ткани. При наличии врождённых деформаций внутриносовых структур некоторые участки слизистой оболочки перегружены антигенным нашествием и также подвергаются гипертрофии. Увеличивающееся носовое сопротивление ведёт к ухудшению работы мукоцилиарного транспорта, задержке слизи, увеличению времени контакта антигена с клетками эпителия. Создаются условия для формирования хронического воспалительного процесса. В этом случае оториноларинголог должен учесть все стороны — и анамнез, и окружающую среду, и состояние внутриносовых структур у ребёнка. Если в первых двух моментах ему трудно что-то изменить, то своевременное вмешательство на внутриносовых структурах (перегородке, раковинах), направленное на улучшение аэродинамики в полости носа, будет профилактикой развития хронического процесса. Важно, чтобы операции выполнялись согласно требованиям функциональной ринопластики.

Наиболее сложные годы у ребенка — поступление в детский сад и в школу. Увеличивается антигенная нагрузка, повышается число респираторных заболеваний, аденоитомий, тонзилэктомий. Очень важно, чтобы ребёнка наблюдал оториноларинголог, и ЛОР-помощь была доступна всем детям. Но это большой вопрос, без организаторов здравоохранения его не решить.

Мы говорим о риносинуситах. Начало подросткового периода — начало формирования взрослого человека со своими физиологическими проблемами. И в этом случае оториноларинголог, осматривая носовую полость и диагностируя деформацию носовой перегородки и гипертрофию раковин, нередко предлагает родителям подождать, пока ребёнок подрастёт до 17 лет. Чего же ждать? Формирования хронического риносинусита?

К великому сожалению, до сих пор повсеместно распространена доктрина, запрещающая выполнять операции на носовой перегородке у детей до полового созревания. При этом давно описана и техника таких операций, и анестезия. Дать ребенку свободное носовое дыхание, значит — уберечь его от формирования риносинусита и, в последующем, бронхиальной астмы, хронической об-

структивной болезни лёгких. Ни у детей, ни у взрослых не учитывается значение архитектоники внутриносовых структур в развитии хронического риносинусита, то есть риногенность процесса. При осмотре больного полипозным риносинуситом, которому неоднократно петлёй удалены полипы, выполнены радикальные операции на околоносовых (чаще всего на верхнечелюстных) пазухах, нередко обнаруживается искривленная носовая перегородка, коррекция которой почему-то не проводилась, но нижние носовые раковины при этом как правило удалены. Трудно уже помочь такому больному.

Или другая ситуация. Обращается больной 50–60 лет с жалобой на затруднённое носовое дыхание. При осмотре хорошо видно искривление перегородки носа, и он дышит одной стороной. На компьютерной томограмме отмечается разная степени выраженности воспаление в околоносовых пазухах — от кист до полипоза. Объясняешь причину затруднения дыхания, спрашиваешь, почему не оперировался ранее. Отвечает: врач говорил, дышишь одной стороной — и достаточно. Вот причина формирования хронического риносинусита: недооценка свободного носового дыхания с двух сторон, непонимание физиологии и функций полости носа, игнорирование риногенности риносинусита.

Возникший острый риносинусит переходит в хроническую форму в зависимости от многих причин. Последовательность формирования различных форм полипозного риносинусита представляется следующим образом.

Первой стадией является нарушение аэродинамики в полости носа и околоносовых пазух. Это подтверждает и теория полипозного риносинусита М. Bernstein (1997). Это начало формирования полипозного риносинусита. Данный полипозный риносинусит чаще всего имеет катаральную форму или пристеночно-гиперпластическую. Полипы небольшого размера формируются на переднем конце средней носовой раковины, по краю крючковидного отростка, на передней стенке решётчатой буллы.

Следующая стадия развития полипозного риносинусита зависит от агрессивности микрофлоры. Присоединение микрофлоры ведёт к формированию бактериального полипозного риносинусита, и в этом случае требуется уже другой подход. Только хирургического лечения здесь недостаточно. Нужна антибактериальная терапия в послеоперационном периоде, иногда длительная. Особенно агрессивны золотистый стафилококк и синегнойная палочка. Имеет свои особенности и риносинусит, вызванный грибами, тактика его лечения близка к бактериальному риносинуситу. Полипозные риносинуситы в сочетании с бронхиальной астмой и непереносимостью неспецифических противовоспалительных препаратов являются проявлением выраженного вторичного иммунодефицита и перестройки метаболизма. Это «запущенная» болезнь всего организма. Такое развитие ситуации следует стараться не допустить принятием ранних мер, направленных, прежде всего, на диагностику состояния внутриносовых структур и раннюю их хирургическую коррекцию, при этом, обращая внимание и на состояние иммунитета. Важную роль играют данные анамнеза, которые могут указать на врождённую природу заболевания. Полипоз при синдромах (Картагенера, муковисцидозе) — это генетически обусловленная патология, и оториноларингологическое лечение носит лишь симптоматический характер.

Подводя краткий итог вышесказанному, среди причин возникновения острого и хронического риносинусита, в том числе и полипозного, целесообразно выделить следующие:

- врождённый и приобретённый иммунодефицит (в том числе и аллергия), способствующий формированию приобретённого иммунодефицита.
- врождённые нарушения анатомического строения внутриносовых структур, нарушающие аэродинамику в полости носа.
- увеличивающаяся антигенная нагрузка на слизистую оболочку носа, приводящая к иммунологической перестройке слизистой оболочки верхних дыхатель-

ных путей (сохраняющийся высокий уровень распространённости респираторных вирусов, загрязнение окружающей среды, урбанизация).

- отсутствие доступной квалифицированной оториноларингологической помощи (исключение оториноларингологов из списка врачей, участвующих в проведении профилактических осмотров населения, прежде всего детского; недостаточный уровень подготовки специалистов в понимании важности нормального физиологического значения верхних дыхательных путей в здоровье человека).
- отсутствие понимания в необходимости ранней профилактической коррекции внутриносовых структур до появления признаков нарушения функций полости носа и околоносовых пазух.
- «радикализм» хирургического вмешательства, не учитывающий физиологического значения всех структур верхних дыхательных путей.
- игнорирование риногенной причины риносинусита. Пути решения проблемы:
 - со стороны организаторов здравоохранения необходимо оценить оториноларингологию как ведущую специальность в профилактическом направлении медицины.
 - повышение уровня подготовки специалистов.
 - широкая и доступная информация о состоянии вопроса для врачей и населения (как это называлось раньше — санпросвет работа).
 - изучение воспаления слизистой оболочки на молекулярном уровне (базисные исследования).
 - оснащённость научных и практических ЛОР-подразделений современным оборудованием и инструментарием.

Б. Абдуллаев

ЛЕЧЕНИЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА РМАПО, г. Москва

Полипозный риносинусит (ПРС) — широко распространённое хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, проявляющееся появлением и ростом отёчных полипов, инфильтративных преимущественно эозинофилами. Проблема полипов носа беспокоит человечество на протяжении более двух тысячелетий.

Актуальность этой темы связана с высокой частотой заболевания (от 1% до 4% людей страдают полипозным риносинуситом). Сложность проблемы обусловлена отсутствием эффективных методов лечения и частым рецидивом полипоза. К настоящему времени, несмотря на значительный прогресс в лечении риносинусита, число больных полипозным риносинуситом не только не уменьшается, но и неуклонно растёт. Нарушение внутриносовой архитектоники и изменение аэродинамики в полости носа рассматриваются в качестве одной из ведущих причин развития полипозного риносинусита.

Цель исследования: совершенствование способов диагностики, лечение и предупреждения рецидива полипозного риносинусита.

Задачи исследования:

Провести анализ анамнеза впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу полипозного риносинусита.

Уточнить состояние внутриносовых структур.

Провести хирургическое лечение в полном необходимом объёме, одномоментное.

Оценить результат лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 53 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, ранее не оперированных. Из них 35 мужчин и 18 женщин в возрасте от 15 до 76 лет. Клинический диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, эндоскопии полости носа, компьютерной томографии околоносовых пазух. Проводилась передняя активная риноманометрия

и акустическая ринометрия, бактериологическое и гистологическое исследование. Всем больным выполнена одномоментно операция на перегородке носа, коррекция раковин и эндоскопическая операция на околоносовых пазухах.

Полученные результаты. Основными жалобами были затруднённое носовое дыхание и выделения из носа. Длительность заболевания — от 1 года и более 20 лет. Операция ранее не производилась в связи с медленным развитием затруднения носового дыхания, привыканием к состоянию. Больных при сочетании полипоза с бронхиальной астмой от операции удерживали пульмонологи. У 41 пациента из 53 было искривление перегородки носа, и они были удовлетворены дыханием через одну половину носа, полипозный процесс у них формировался длительный срок (у 30 больных — более 5 лет). Оперировать перегородку не решались до существенного затруднения носового дыхания. Искривление перегородки сопровождалось гипертрофией раковин. У всех больных объективно зарегистрировано высокое носовое сопротивление, нарушение архитектоники полости носа, изменения на компьютерной томограмме. Полипозный процесс в основном распространялся на решётчатые и верхнечелюстные пазухи. Степень выраженности полипоза — от первой до третьей степени. Послеоперационный период протекал без осложнений. Среднее пребывание в стационаре — 5 койко-дней. В послеоперационном периоде назначали топические кортикостероиды. Длительность наблюдения за больными — 2 года. За срок наблюдения рецидива полипоза не наблюдалось. Больные находятся на динамическом наблюдении.

Обсуждение полученных результатов. Медленное развитие полипоза у больных с искривлённой перегородкой носа косвенно подтверждает, что возможной причиной полипоза явилось нарушение аэродинамики в полости носа. Постепенная гиперплазия раковин и отёк привели к затруднению носового дыхания и формированию полипозного риносинусита без выраженного гнойного процесса. Таким больным показано одномоментное хирургическое вмешательство по устранению нарушений строения полости носа и удалению полипов из поражённых пазух. Необходима последующая местная кортикостероидная терапия.

Заключение. Полученные данные являются основанием рекомендовать раннее восстановление нормальной архитектоники в полости носа для восстановления физиологического носового дыхания, что следует рассматривать как профилактику развития полипозного риносинусита.

Н.А. Арефьева, Е.Д. Гусева, Р.Х. Кудакеева МИКРОБНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОМ В УСЛОВИЯХ ЛОР-СТАЦИОНАРА ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Цель исследования: выяснение представительства микроорганизмов слизистых оболочек носа и глотки у больных риносинуситом, находящихся на лечении в оториноларингологическом отделении для обоснования алгоритма лечения с выбором рационального антибактериального препарата.

Материалы и методы. В 2008 г. проведено исследование на микробное представительство 1535 образцов из носа и зева у больных разными формами риносинусита оториноларингологического отделения областной больницы. Бактериологическое изучение микрофлоры осуществляли стандартными методами на аппарате «EMC», Финляндия. Учитывали результаты бактериального исследования в титрах, превышающих КОЕ 10⁵. Произведён сравнительный анализ микрофлоры слизистой носа у 17 больных до и после операции септопластики.

Результаты. Положительными на наличие микроорганизмов на слизистой были до 90,6% исследованных результатов. Микробный пейзаж культур, выделенных из носа и глотки, был представлен грамположительными кокками в 329 случаях (45,6%). Из них *Staph. aureus* — 131 (18,2%), *Str. pyogenes* — 5 (0,7%). Грамотрицательная флора была представлена *Pseudomonas aeruginosa* — 93 (12,9%), *Enterobacter* — 31 (4,3%), *Klebsiella* — 24 (3,3%), *Proteus* — 23 (3,2%), грибами рода *Candida* — 118 (16,4%), плесневыми грибами — 22 (3,1%). Чувствительность грамположительной флоры имела к следующим антибиотикам: цефазолину — 75,1%, ципрофлоксацину — 61,6%, рифампицину — 45,5%, ванкомицину — 31,2%. Отсутствовала чувствительность к ампицилину — 77,5%, амикацину — 67,5%, бензилпенициллину — 84,2%, линкомицину — 59,9%, цефураксиму — 73,7% эритромицину — 60,3%. Чувствительность грамотрицательной флоры к основным антибиотикам: левофлоксацину — 62,6%, тобрамицину — 60%, цефотаксиму — 57,4%, цефтриаксону — 48,4%, цефепиму — 40,9%, ципрофлоксацину — 62,6%, меропенему — 80%, имипинему — 95,6%. Чувствительность синегнойной палочки составила: к гентамицину — 59,2%, левофлоксацину — 42%, тобрамицину — 86%, цефтозидиму — 25,8%, ципрофлоксацину — 41,3%, меропинему — 73,4%, имипинему — 73,3%. Грамположительная флора, чувствительная к одному антибиотику, высеяна в 15 (4,5%) случаях, полная резистентность — в 9 (27%) случаях. Синегнойная палочка была чувствительна лишь к одному антибиотику в 5 (5,4%) случаях, полная резистентность к антибиотикам определялась в 4 (4,3%) случаях.

Изучено представительство микрофлоры на слизистой носа у больных, перенесших операцию риносептопластика, — у 17 пациентов. Из них 9 человек после операции получали цефтриаксон 1,0 в/м в течение 5 дней, 8 больным после операции антибиотики не назначали. В послеоперационном периоде на 5 день у 17 больных со слизистой носа выявили: *Staph. aureus* — 6 случаев, *Staph. intermedius* — 7 случаев и др. У пациентов, получавших антибиотики после операции, обсеменённость слизистой носа оставалась высокой в 7 случаях; в группе пациентов, не получавших антибиотики, она снизилась до 2 случаев.

Выводы. Таким образом, проведённые исследования показали, что при рецидивах риносинусита высеваются преимущественно золотистый стафилококк, синегнойная палочка, высоко резистентные ко всем основным группам антибиотиков, что предполагает необходимость ограничить или исключить назначение антибактериальных препаратов в случаях «чистых» пластических операций в полости носа. В других ситуациях (осложнённые риносинуситы) проводить интраоперационную антибактериальную профилактику с учётом резистентности микрофлоры к антибиотикам.

E-mail: elenaguseva@mail.ru

А.А. Блоцкий, М.Ю. Цепляев
ВНУТРИПОЛОСТНАЯ
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ
ТЕРМОТЕРАПИЯ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ
ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ
ГОУ ВПО Амурская ГМА Росздздрава,
г. Благовещенск

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР-органов. Высокими остаются показатели распространённости хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Наиболее часто воспалительный процесс локализуется в верхнечелюстных пазухах и встречается от 36,4 до 84,4%, причём полипозные риносинуситы встречаются в 5–32% случаев. При пролиферативных формах хронических синуситов, как правило, применяются экстраанализные способы вскрытия верхнечелюстных пазух, которые не лишены недостатков и не исключают осложнений, встречающихся в 5–8,8% случа-

ев. Внедрение микроэндоскопической техники позволило отказаться от большинства радикальных вмешательств на гайморовых пазухах.

Целью исследования было выполнение лазерной интерстициальной термотерапии (ЛИТТ) кистозных и полипозных образований в верхнечелюстной пазухе высокоэнергетическим лазером под эндовидеоконтролем.

Материал и методы. Для осуществления оперативного вмешательства использовался эндоскопический комплекс «Азимут» с эндоскопами 0, 30, 90 градусов и стандартным набором инструментов, а также полупроводниковый высокоэнергетический лазер «АТКУС-15» и «МИЛОН-ЛАХТА».

Результаты. Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с одно- и двусторонними хроническими пролиферативными синуситами. Из них было 24 мужчины и 16 женщин, средний возраст которых составил 40,5±6,8 лет.

В предоперационном периоде всем больным выполнялась магнитно-резонансная томография (МРТ) черепа для определения точной локализации и размеров пролиферативных образований (кисты, изолированные полипы) в верхнечелюстной пазухе. Для удаления ограниченных пролиферативных образований гайморовых пазух использован метод ЛИТТ под эндовидеоконтролем. Операции проводились как под местным, так и под общим обезболиванием. После наложения трепанационного отверстия в лицевой стенке гайморовой пазухи троакаром или дистальным торцом световода полупроводникового лазера с мощностью излучения 9,5 Вт контактным способом и осмотра её полости, к пролиферативному образованию через канал параллельно эндоскопу, под видеоконтролем подводился световод лазерной установки. Лазерное воздействие выполнялось контактным способом, в непрерывном режиме, дистальным торцом световода с излучением 5–8 Вт. В случае нарушения функции естественного соустья восстанавливалась его проходимость. Операцию завершали рыхлой тампонадой полости носа. Выписка из стационара больного осуществлялась на 5–7 сутки после операции. Осложнений в послеоперационном периоде и рецидивов пролиферативных образований нами отмечено не было.

Вывод. Предложенный метод ЛИТТ ограниченных пролиферативных образований является альтернативным методом традиционного хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе.

E-mail: n_valova@mail.ru

В.М. Бобров, Н.М. Коробейникова
НАШ ВАРИАНТ ЩАДЯЩЕЙ
ГАЙМОРОТОМИИ
ЛОР-отделение ГKB № 8, г. Ижевск

Целью микрогайморотомии является диагностическая эндоскопия пазухи для выявления ранних симптомов патологических изменений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (ВЧП).

Техника операции: хирургическое вмешательство в области клыкковой ямки под местной анестезией. Разрез под верхней губой по переходной складке по линии между 4 и 5 зубами длиной 1,0 см, отслаивали мягкие ткани с надкостницей в зоне наивысшей точки клыкковой ямки. Желобоватая стамеска Воячека шириной режущей кромки 9 мм устанавливается перпендикулярно клыкковой ямке. Сверлящими движениями по часовой и против часовой стрелки высверливаем в передней стенке ВЧП отверстие диаметром 0,5 или 0,7 см, а при необходимости — 0,9 см. Благодаря остро заточенной режущей кромке стамески, легко снимается тонкая стружка кости передней стенки ВЧП. В образованное «окно» в передней стенке ВЧП вводим модифицированную ушную воронку. Дистальный конец воронки имеет срез под углом 30°. Для удержания воронки в ВЧП применили на дистальном конце воронки резьбовой виток 0,5 мм высотой и 0,5 мм шириной в 2 оборота, отступая от дистального конца воронки на 3 мм. Резьбовой виток в 2 оборота по

часовой стрелке на дистальном конце воронки будет удерживать воронку в ВЧП, что позволит хирургу выполнять манипуляции в различных отделах пазухи бимануально, а воронка приобретёт свойство самофиксирующейся в ВЧП. Воронка вначале имеет цилиндрическую форму длиной 7 мм (её наружный диаметр 7 мм), на середине расстояния 3 мм имеется полукруглый резьбовой виток в 2 оборота. Затем воронка расширяется до 40 мм. Общая её длина 50 мм. Желобоватая стамеска Воячека высверливает «окно» в передней стенке ВЧП. Отверстие с ровными и гладкими краями, а окружность отверстия практически идеально круглая. Стамеска делает геометрически точное округлое отверстие. По завершению операции на ВЧП воронка из пазухи извлекается. Ушивания раны под губой не выполняем. Операционный отёк щеки менее выражен, чем после операции Колдуэлла–Люка.

По описанной методике нами прооперировано 37 пациентов. У всех пациентов послеоперационный период протекал гладко, отёки в области мягких тканей лица были минимальны. Если и отмечались опухание и парезы в области вмешательства, то эти симптомы исчезали через неделю – 1,5 месяца и больше больных не беспокоили.

Таким образом, преимущества метода вскрытия ВЧП в нашем варианте:

1. Требуется приложить небольшое физическое усилие к ручке желобоватой стамески Воячека при высверливании передней стенки ВЧП.
2. Отверстие высверливается в передней стенке ВЧП постепенно от минимального до нужного (заданного) диаметра, стамеска делает геометрически точное округлое отверстие.
3. Отверстие под воронку получается с натягом за счёт сопрягаемости поверхностей воронки с «окном» передней стенки ВЧП и за счёт конусности высверливаемого отверстия.
4. За счёт резьбового витка в 2 оборота по часовой стрелке на дистальном конце воронки последняя приобретает свойство самофиксирующейся.
5. Данная методика высверливания передней стенки ВЧП выполняется стандартным набором отечественных ЛОР-инструментов: желобоватой стамески Воячека шириной режущей кромки 9 мм, набора ушных воронок 2–3 шт. под наружный диаметр в 5, 6, 7 мм.
6. Наш вариант щадящей микрогайморотомии позволяет использовать стандартные ушные воронки при операциях на ВЧП.

E-mail: bobrovvm@mail.ru

А.К. Боклин **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ** **В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ** **ПОЛИСИНУСИТОВ** **АНО «ГУТА КЛИНИК», г. Москва**

Одонтогенные гаймориты (ОГ) составляют 25–30% от общего числа воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи (ВП). При первичном поражении ВП в патологический процесс нередко вовлекаются другие околоносовые пазухи (ОНП), что усугубляет течение заболевания и способствует рецидивам первично одонтогенного моносинусита. За последнее десятилетие возможности инструментальных методов обследования пациентов с патологией носа и околоносовых пазух значительно возросли. Однако степень распространённости воспалительного процесса и причины патологических изменений в смежных ОНП при первично одонтогенном поражении ВП, на наш взгляд, недостаточно освещены.

Цель исследования: определить вероятные причины и распространённость поражения, казалось бы, первично интактных околоносовых пазух при одонтогенных поражениях ВП по данным компьютерной томографии.

Материал и методы. Исследования проводились на компьютерном томографе *Philips MX 8000 Dual Exp*. Изображения получены в аксиальной проекции с толщиной среза 0,5 мм с дальнейшим построением мульти-

планарных реконструкций в коронарной и сагиттальной проекциях; при необходимости шаг томографа и толщина среза уменьшались до 2 мм. В основу работы положены данные КТ исследований ОНП, полученные с 2005 г. по февраль 2009 г. Всего обследовано 87 пациентов в возрасте от 17 до 68 лет (мужчин — 34, женщин — 53). Длительность заболевания составила от 12 недель до нескольких лет.

Результаты. Перфоративная форма ОГ диагностирована у 33 пациентов, при этом у 12 из них в полости верхнечелюстной пазухи в качестве инородного тела обнаружен корень зуба. У 54 пациентов отмечена перфоративная форма ОГ: в этих случаях, как правило, в просвете верхнечелюстной пазухи выявляли инородное тело в виде пломбирочного материала. Левосторонний процесс выявлен у 48 пациентов, правосторонний — у 39. Воспалительные изменения в верхнечелюстной пазухе были различной степени выраженности: от пристеночного утолщения слизистой оболочки до субтотального затемнения просвета пазухи. Так, в 15 из 87 случаев отмечено утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, занимающее до 1/4 просвета пазухи, в 21 случае — до 1/3, в 17 случаях — до половины объёма пазухи. В 34 случаях отмечено практически субтотальное затемнение просвета верхнечелюстной пазухи — около 2/3 её объёма. В 5 случаях отмечено разрушение медиальной стенки ВЧ пазухи, в 7 случаях — полипозное изменение слизистой оболочки пазухи и полипы в полости носа.

В результате анализа данных КТ исследования установлено, что у большинства пациентов с ОГ поражаются клетки решётчатого лабиринта. Так, у 48 больных из 87 обследованных наблюдалось затемнение ячеек решётчатого лабиринта с соответствующей стороны разной степени выраженности. Наряду с этим у 12 пациентов выявлены воспалительные изменения основной пазухи, а у 8 больных отмечены воспалительные изменения слизистой оболочки лобной пазухи. КТ картина также чётко отражает аномалию архитектуры полости носа данной группы пациентов. В 74 случаях отмечена деформация перегородки носа разной степени выраженности, в 23 — буллёзное изменение средней носовой раковины, в 16 — парадоксальная изогнутость средней носовой раковины и в 12 — гиперпневматизация решётчатой буллы.

Выводы. Во всех случаях выявления воспалительных изменений в смежных ОНП при первично одонтогенном поражении ВП диагностированы анатомические изменения в полости носа. Необходимо отметить, что при ОГ на фоне сопутствующих внутриносовых аномалий воспалительный процесс более выражен и распространяется не только на ВП, но и на другие ОНП. На наш взгляд, одной из причин распространения воспалительного процесса в ОНП при первично одонтогенном поражении ВП являются сочетанные анатомические изменения внутриносовых структур. Данные КТ ОНП у пациентов с одонтогенным синуситом позволяют уточнить распространённость и характер воспалительного процесса, индивидуальные особенности строения полости носа и ОНП, что необходимо учитывать при планировании как санлирующего, так и корригирующего этапов при хирургическом лечении.

E-mail: boklinlor@mail.ru

В.В. Вавин, Н.В. Мингалёв **ОСОБЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ** **ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ** **СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ В ГОРОДЕ** **НОВОКУЗНЕЦКЕ**

Кафедра оториноларингологии
им. проф. А.Н. Зимина

ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава»
(Зав. каф. проф. Мингалёв Н.В.)

«МЛПУ ГКБ №1» г. Новокузнецка (Главный врач,
д.м.н. Данцигер Д.Г.)

Региональные исследования спектра возбудителей и их чувствительности позволяют определить современ-

ную активность различных антибиотиков. В практических условиях, когда не всегда возможно или целесообразно проведение бактериологического исследования, результаты таких работ служат для назначения эмпирической терапии (Сергеев Д.В., 2004).

Нами проведено обследование 458 пациентов ЛОР-отделения МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка. В исследование включались больные, требующие стационарного лечения по поводу острого гнойного риносинусита. Критериями исключения явилась предшествующая антибактериальная терапия, а также сопутствующая патология (сахарный диабет, онкологические заболевания, системная гормональная и иммунодепрессивная терапия и др.).

Для определения микрофлоры полости носа и околоносовых пазух исследованы мазки с посевом на стандартные среды. Материал из околоносовых пазух забирали при аспирации, пунктируя пазуху, или во время операции непосредственно из её полости.

Лабораторное исследование проведено на базе бактериологической лаборатории Городской клинической больницы № 1 г. Новокузнецка.

Выделяли чистые культуры микроорганизмов, проводили их идентификацию и определяли чувствительность к антибактериальным препаратам.

При исследовании поражённой верхнечелюстной пазухи (445 больных) культура возбудителя выделена в 215 случаях, что составило 48%. Наиболее часто определялись: *Str. pneumoniae* — у 73 (16,4%) больных, *Str. epidermidis* — у 32 (7,2%), *Str. pyogenes* — у 29 (6,5%), *St. aureus* — у 20 (4,5%), *Klebsiella* — у 13 (2,9%), β -*Str. haemolyticus* — у 11 (2,5%), *Enterobacter* — у 8 (1,8%), *H. influenzae* — у 6 (1,3%) пациентов. Реже выделена культура *E. coli* — в 5 (1,1%) случаях, *St. Warneri* — в 4 (0,9%), Грам (+) анаэробная палочка — в 4 (0,9%), *Acinetobacter laumani* — в 3 (0,7%), Грам (-) анаэробная палочка — в 3 (0,7%), непатогенные коринебактерии — в 2 (0,5%), *Citrobacter* — в 1 (0,2%), *P. aeruginosa* — в 1 (0,2%) наблюдениях.

При микробиологическом исследовании поражённых лобных пазух возбудитель был выявлен в 41%. *H. influenzae* выделен в 4 (0,9%) исследованиях, β -*Str. haemolyticus* — в 2 (0,5%), Грам (+) анаэробная палочка — в 1 (0,2%), *Str. pneumoniae* — в 1 (0,2%), *E. coli* — в 1 (0,2%), *Str. epidermidis* — в 1 (0,2%) наблюдениях.

Обращает на себя внимание высокая частота отрицательных результатов микробиологического исследования: острый верхнечелюстной синусит — 52%, острый фронтит — 59% (по данным Сергеева Д.В., 2004, отрицательный результат при остром верхнечелюстном синусите был в 32,2%).

Таким образом, нами выявлены наиболее частые возбудители острого гнойного риносинусита в г. Новокузнецке, что позволяет разработать оптимальную схему эмпирической антибактериальной терапии этих заболеваний. Возникает необходимость более активного внедрения новых методов диагностики в лечебную практику, таких как ПЦР высокочувствительные лицензированные тест системы, для своевременного выявления возбудителя инфекционного процесса и проведения адекватной терапии.

E-mail: vavin_slava@mail.ru

В.В. Вишняков

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО СИНУСИТА

Московский государственный медико-стоматологический университет

Целью работы являлось изучение влияния интраназальных кортикостероидов на профилактику рецидивов полипозного риносинусита после хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Материалом исследования являлись 80 больных полипозным риносинуситом,

которые были разделены на две равные группы. Всем больным была выполнена эндоскопическая полисинусотомия по стандартной методике. Использование эндоскопов позволяет тщательно удалить все полипы, выполнить ревизию естественных отверстий поражённых околоносовых пазух и восстановить их нормальный дренаж и аэрацию.

1-ю группу (40 пациентов) составили больные, которым было назначено применение интраназального кортикостероида мометазона фууроата (назонекса) в течение 6 месяцев после проведённой операции, а затем — продолжение терапии прерывистыми курсами продолжительностью один месяц 5–6 раз в год. Во 2-ю группу (40 пациентов) вошли остальные больные, которым по тем или иным причинам интраназальные кортикостероиды не назначались.

Сроки наблюдения составили 4 года. Учитывались результаты эндоскопического осмотра полости носа, динамика данных компьютерной томографии околоносовых пазух и субъективная оценка своего состояния самим пациентом.

Результаты. Результаты лечения в 1-й группе: отсутствие рецидива отмечено у 19 больных, медленное рецидивирование полипозного процесса, не требующее повторного хирургического лечения — у 14, рецидив заболевания, потребовавший повторного хирургического вмешательства — у 7 больных. Во 2-й группе результаты были следующими: отсутствие рецидива — у 4 больных, медленное рецидивирование, не требующее повторного хирургического лечения — у 10, рецидив полипозного процесса, требующий повторной операции — у 26 больных.

Выводы. Результаты объективного наблюдения свидетельствуют, что щадящий характер эндоскопической операции в сочетании с последующим длительным лечением интраназальным кортикостероидом (мометазона фууроат) позволили добиться ремиссии заболевания у 80% больных с полипозным риносинуситом. Проведение только хирургического лечения без дополнительного назначения топических кортикостероидов позволяет добиться ремиссии только лишь у 35% больных, а у 65% пациентов наступил рецидив полипозного процесса, потребовавший повторного хирургического лечения.

Таким образом, ни самая тщательная операция с использованием самых современных методик и инструментария, ни длительная кортикостероидная терапия не могут полностью излечить полипозный риносинусит, но, тем не менее, они дают возможность эффективно улучшить качество жизни пациентов и значительно удлинить промежутки между операциями.

E-mail: 1178461@gmail.com

А.Г. Волков, И.В. Стагниева

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЛОКАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИМПТОМА ПРИ ФРОНТИТАХ

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Локальный болевой симптом (ЛБС) может быть единственным клиническим признаком параназального синусита. Но в настоящее время довольно часто встречаются такие формы заболевания, когда этот клинический признак отсутствует. В этих случаях и рентгеновское исследование больного не всегда может помочь диагностике, поскольку возможна клиничко-рентгенологическая диссоциация, при которой даже наличие гнойного экссудата в пазухе может не вызывать изменение её прозрачности на рентгенограмме (Draf W., 1991; Волков А.Г., Краснополяский О.Н., 2002).

Цель исследования: уточнить значимость клинических признаков и дополнительных способов исследования у больных фронтитом с отсутствием или незначительными проявлениями ЛБС.

Материал исследования. В период с 2002 по 2008 гг. под нашим наблюдением находились 46 больных односторонним экссудативным фронтитом с отсутствием

ЛБС. Всем больным с отсутствием ЛБС мы провели подробное клиническое обследование. Согласно 10-балльной визуальной аналоговой шкале (Вейн А.М., 1997), средний балл субъективной оценки боли составил $0,72 + 0,15$. Перкуссия и пальпация области проекции стенок лобных пазух были безболезненны. На рентгенограммах околоносовых пазух в полуаксиальной проекции обнаружено следующее: горизонтальный уровень жидкости в проекции лобных пазух имелся у 4 из 46 больных, гомогенное затемнение — у 9, пристеночное утолщение слизистой оболочки — у 8, у 19 — неомогенное, нечёткое снижение прозрачности или снижение прозрачности в области отдельных бухт. У 6 больных снижения прозрачности в проекции лобных пазух на рентгенограммах не выявлено.

Для уточнения диагноза всем больным были сделаны КТ пазух. У 14 из них на томограммах определялось гомогенное снижение прозрачности в проекции лобных пазух. У 2 больных пазухи оказались прозрачны по данным КТ, а на рентгенограммах в полуаксиальной проекции у них определялось неомогенное затемнение. У 12 больных выявлялось пристеночное затемнение, а у 18 — снижение прозрачности на КТ в разных проекциях было нечётким, неомогенным или в области отдельных бухт.

Нами была проведена реофронтотомография (Помухина А.Н. и соавт., 1981; Волков А.Г., Стагниева И.В., 2007), которая показала, что у всей группы больных имеется нарушение оттока содержимого из просвета пазух. Всем 46 больным было проведено хирургическое лечение — трепанопункция предполагаемой поражённой лобной пазухи. У 37 больных (80%) получен слизисто-гнойный или гнойный экссудат. У 36 больных из 46 (78,2%) лобно-носовой канал был непроходим, хотя у 9 (из 36) во время вмешательства отделяемого не получено.

Выводы. За время наблюдения в последние годы выявлена группа больных, у которых клинические признаки заболевания и данные современных дополнительных методов исследования были сомнительными, и этот факт вызывал необходимость привлекать новые методы исследования, например, диафанотографию или реофронтотомографию, позволяющие уточнить тяжесть течения заболевания, его форму и выбор способа лечения.

E-mail: vag@aanet.ru

М.И. Говорун, О.В. Кокорина **ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Термотерапия обладает выраженными лечебными эффектами (сосудорасширяющим, катаболическим, трофостимулирующим, тонизирующим, анальгетическим, иммуностимулирующим), что делает возможным использовать этот метод в лечении гнойных синуситов. Известно, что в условиях гипертермии запускаются эволюционно закреплённые клеточные механизмы адаптации к высокой температуре, и это в итоге проявляется стимулирующим действием на факторы местного иммунитета: повышается активность лизоцима (при остром процессе более выражено); увеличивается концентрация IFN- γ в назальном содержимом; повышается концентрация Ig A в назальном содержимом.

Применение локальной гипертермии способствует клиническому выздоровлению пациентов с гнойными синуситами, очищению пазухи от патологического содержимого, даёт возможность отказаться от применения антибиотиков. Для повышения эффективности лечения неосложнённых гнойных синуситов после эвакуации из верхнечелюстных пазух патологического содержимого путём пункции иглой Куликовского рекомендуется проводить сеансы дозированной локальной гипертермии, которые заключают в себя промывание пазухи постепенно нагреваемым раствором 0,9% NaCl до 45°C в течение 15 мин.

E-mail: lor_vma@mail.ru

А.А. Горохов, Д.О. Попов, А.Н. Галомзик **К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАЙМОРИТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Лечение острых синуситов, в частности, гайморитов до сего времени остаётся актуальной задачей, прежде всего, в связи со значительной частотой данной патологии у населения и в организованных коллективах. Одним из основных лечебных мероприятий при гайморитах обоснованно считается пункция верхнечелюстной пазухи, эвакуация экссудата, введение лекарственных средств. Однако в последнее время приходится постоянно сталкиваться с негативным отношением больных к диагностическим и лечебным пункциям при лечении гайморитов.

Под нашим наблюдением находилось в течение года 1146 человек в возрасте 18–24 лет, в основном мужского пола, которые обратились за медицинской помощью с различной ЛОР-патологией. Из этого числа острые гаймориты были установлены у 93 человек (8,1%). Диагноз гайморита определяли на основании клинической картины и данных рентгенографии (гомогенная или пристеночная отчётливая завуалированность пазухи, наличие уровня экссудата). Изолированные гаймориты имели место у 62 человек, сочетанные с другими околоносовыми пазухами — у 13, двухсторонние гаймориты — у 18 человек. Уровень экссудата на снимках отмечен у 12 больных. Все больные были госпитализированы.

В наших наблюдениях у половины больных выявлен лейкоцитоз и ускоренная СОЭ, у остальных данные анализов были нормальными, что свидетельствует о достаточной высокой резистентности организма в значительной части случаев. Все больные при лечении получали парентерально антибиотики, сосудосуживающие капли в нос, антигистаминные препараты внутрь, витамины, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, лазер). На проведение пункций верхнечелюстных пазух согласились лишь 12 человек из 93 (13%). У всех больных наступило выздоровление. Средний койко-день в группе больных без пункций составил 8–9 дней, а у больных с применением пункций в лечебном процессе — 7–8 дней. Субъективное состояние больных после пункций значительно улучшалось.

Проведённое исследование показывает, что у молодых людей при отсутствии условий, затрудняющих нормальный отток из верхнечелюстных (полипы, гипертрофия носовых раковин, искривление носовой перегородки) в лечении гайморитов пункции являются желательными, но не обязательными. Вопрос о пункции верхнечелюстной пазухи в каждом случае должен решаться индивидуально.

E-mail: lor_vma@mail.ru

Г.Е. Дженжера **ПРАВОМОЧНО ЛИ СЧИТАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ (ХОБЛ) И ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНИТИСА ЕДИНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ?**

Кафедра болезней уха, горла и носа ММА им. И.М. Сеченова

ХОБЛ распространена более чем у 5% взрослого населения, на данный момент времени ХОБЛ занимает 4 место в мире как причина смерти. По данным различных исследований с использованием анкет, 40–88% пациентов с ХОБЛ предъявляют те или иные жалобы со стороны носа.

Цель: изучить этиологию и распространённость воспалительной патологии носа, околоносовых пазух (ОНП) у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 94 пациента (58 мужчин, 36 женщин), находившихся на амбулаторном

или стационарном лечении по поводу инфекционного обострения ХОБЛ в терапевтических отделениях ММА им. И.М. Сеченова. Средний возраст составил $65,0 \pm 6,63$ лет. Распределение больных по стадиям заболевания: I стадия — 17 (15,9%), II — 47 (44,2%), III — 22 (20,6%), IV — 8 (7,52%).

Всем пациентам наряду со стандартным оториноларингологическим обследованием проводили КТ или рентгенографию ОНП. Выполнено количественное бактериологическое исследование биологического материала (мокрота, мазки из полости носа). Результаты исследования считали значимыми в случае выявления потенциального патогена в титре не менее 106 КОЕ/мл. Проводили определение фрагментов генома атипичной микрофлоры методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты. Нами выявлено, что у 57 человек (60% от общего количества пациентов) с ХОБЛ отмечались симптомы, типичные для риносинусита (затруднение носового дыхания, скудное отделяемое в полости носа, стекание слизи по задней стенке глотки). 15% пациентов отмечали нарастание симптомов бактериального риносинусита в период обострения ХОБЛ. Среди всех обследованных у 31 (33%) пациентов методами лучевой диагностики обнаружены рентгенологические признаки различных форм синусита. Стоит отметить, что у 4 (4,2%) человек с рентгенологическими изменениями в ОНП не было отмечено клинических симптомов риносинусита. Среди 63 (67%) пациентов, у которых не было выявлено рентгенологических отклонений со стороны носа и ОНП, выделено 2 группы. 1-я группа — 30 (32%) пациентов с симптомами риносинусита. При микробиологическом обследовании мазка у этих больных рост микрофлоры в концентрации ≥ 106 КОЕ/мл отмечен у 21 (22,3%), а < 106 КОЕ/мл — у 9 (9,5%). 2-я группа представлена 33 (35%) больных, у которых рентгенологические, микробиологические и клинические признаки риносинусита отсутствовали.

В результате микробиологического исследования материала выявлено: в мокроте — *H. Influenza* — 24%, *S. pneumoniae* — 17%, *M. catarrhalis* — 2%, *Enterobacteriaceae* — 11%, *H. Parainfluenzae* — 3%, *P. Aeruginosa* — 6%, *S. aureus* — 20% и др. (в 23% определялась микстинфекция); в мазке из среднего носового хода высевалась сходная по качественному и количественному составу патогенная флора — *H. Influenza* — 10%, *S. pneumoniae* — 21%, *Enterobacteriaceae* — 3%, *P. Mirabilis* — 4%, *P. aeruginosa* — 3%, *S. aureus* — 17% и др. (в 32% определялись бактериальные микстинфекции). Этим пациентам проведена ПЦР диагностика скоба слизистой оболочки среднего носового хода — в 7% случаев выявлена *C. Pneumonia*.

Выводы. ХОБЛ в 55% случаев протекает коморбидно с бактериальным риносинуситом. В 15% случаев обострение риносинусита сопровождается манифестацией клинических признаков ХОБЛ. Больные подобной категории нуждаются в комплексном наблюдении оториноларинголога и пульмонолога.

E-mail: Grisha_jin@mail.ru

В.И. Егоров, А.В. Козаренко, С.В. Зуева, Р.Б. Муратова

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ФРОНТИТА

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России», г. Красногорск, Оренбургская ОКБ № 2

Внедрение в практику достижений инструментальной (эндоскопия полости носа) и рентгенологической (компьютерная томография) диагностики фронтита создаёт предпосылки для совершенствования алгоритма диагностики данного заболевания. (С.В. Рязанцев и соавт., 2005).

Цель: улучшение диагностики фронтита на основе современных достижений ринологии.

Материал и методы. В период с 2006 г. по 2009 г. в ЛОР-отделении 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого находились на лечении 80 человек с острым (53 человека) и обострением хронического фронтита (27 человек). Возраст

больных — от 18 до 80 лет. Мужчин — 65, женщин — 15. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 40 человек, которым не проводилось эндоскопия остеомаксиллярного комплекса, компьютерная томография околоносовых пазух, диагностическая пункция лобной пазухи через орбитальную стенку модифицированной иглой; 2 группа — 40 человек, которым были выполнены данные исследования.

При обследовании больных, наряду с общепринятыми методами, использовались: эндоскопия остеомаксиллярного комплекса; компьютерная томография околоносовых пазух, позволившая визуализировать, в том числе лобно-носовую канал; диагностическая пункция лобной пазухи через орбитальную стенку модифицированной иглой: тонкая игла для внутримышечных инъекций, заточенная под углом 60° (для исключения деформации конца иглы), снабжена кангой с мандреном (рац. предложение № 22 от 22.08.06.).

Результаты. Эндоскопия полости носа дала возможность диагностировать патологические изменения среднего носового хода, затрудняющие проходимость лобно-носового канала. Компьютерная реконструкция околоносовых пазух позволила визуализировать лобно-носовую канал и предопределить его проходимость.

Из вышесказанного следует, что алгоритм диагностики фронтита в настоящее время представляется следующим образом:

1. Эндоскопия среднего носового хода.
2. Компьютерная томография околоносовых пазух с шагом 2 мм и стандартной программой.
3. Диагностическая пункция лобной пазухи через орбитальную стенку.
4. Микробиологическое исследование отделяемого.
5. Промывание лобной пазухи с последующим введением в пазуху лекарственных препаратов.

Вывод. Использование данного алгоритма диагностики у пациентов 2 группы, позволило уменьшить срок лечения (с 10 до 6 дней).

E-mail: posta_mia@mail.ru

Н.В. Ерёмин

ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара

Современный этап развития здравоохранения характеризуется активным внедрением высоких технологий, повышением роли врача общей практики в диагностическом и лечебном процессах при патологии ЛОР-органов, возрастанием требований к конечному результату лечения больных, оцениваемому по показателю «качество жизни», особенностями финансово-экономического состояния. Однако проблема нарушения носового дыхания продолжает оставаться актуальной. При кажущейся простоте её решения путём назначения лекарственных средств, устраняющих заложенность носа и ринорею, практические врачи встречаются со многими сложными задачами.

Организационно весьма важной представляется задача правильного установления причины нарушения дыхания. Мы наблюдаем изменение структуры ринитов с увеличением доли аллергической формы даже в раннем детском возрасте. Анализ заболеваемости ринитом у взрослых показал существенное сокращение в группе хронического ринита катаральной и гипертрофической форм со значительным перевесом вазомоторной. В пожилом возрасте в возникновении заложенности носа возрастает роль эндокринных нарушений и побочного действия лекарственных средств. Всё это указывает на необходимость приобщения врача общей практики к диагностике причины нарушения носового дыхания на самом первом этапе лечения больного. Обучение врача общей практики в Самарском вузе проходит при активном участии кафедры оториноларингологии, для закрепления практических навыков создан Центр практических навыков, развёрнут учебный офис врача общей практи-

ки. Пополнению знаний врачей служат университетская библиотека, Интернет-центр, межвузовский МЕДИА-центр и технопарк.

После выявления симптоматики заболевания, особенно длительно текущего, непременно должно следовать полное обследование у оториноларинголога. Уточняется диагноз, корректируется медикаментозная терапия, назначаются хирургические методы лечения. Особого внимания заслуживает так называемый медикаментозный ринит. Как правило, это результат несогласованности действий оториноларинголога и врачей других специальностей или представителей фармацевтической службы.

Использование оптической и видеозендоскопической техники в диагностике и лечении патологии носа и носоглотки позволило уточнить структуру синуситов. Оториноларингологи стали чаще диагностировать подострое и хроническое воспаление задней группы околоносовых пазух. У взрослых возросла частота выявления патологии глоточной миндалины в виде острого или хронического воспаления.

Изменение структуры патологии носа закономерно привело к изменениям в арсенале используемых лекарственных средств. Местно с профилактической и лечебной целью стали чаще использоваться препараты, улучшающие мукоцилиарный транспорт, созданные на основе физиологического раствора или подвергнутой специальной обработке морской воды. Более взвешенным стало отношение к использованию вазоконстрикторов–антиконгестантов: ксилометазолина, нафазолина, оксиметазолина, тетризолина, фенилэфрина. Для получения антибактериального и противовоспалительного эффекта по-прежнему актуальны фузафунжин, фрамицетин, полимиксин в комбинации с неомидином и фенилэфрином. С учётом роли местного иммунитета более востребованы топические иммуномодуляторы дезоксирибонуклеинат натрия, очищенные бактериальные лизаты, интерфероны. В лечебные схемы чаще включаются местные антигистаминные препараты: азеластин, левокабастин, препараты кромогликата натрия и кромоглициевой кислоты, а также муколитические средства. Сохранили актуальность топические глюкокортикостероиды: беклометазон, будесонид, мометазон, флутиказон. Расширение области применения лекарственных препаратов и появление новых обосновывает необходимость коррекции существующих стандартов лечения при патологии носа.

Таким образом, в решении проблемы нарушения носового дыхания важно уточнение структуры заболеваемости, дополнение стандартных лечебных схем, мониторинг результатов от первичного звена амбулаторно-поликлинической помощи до этапов выполнения хирургических вмешательств с использованием самых современных методик.

А.И. Извин

ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ МУКОЛИТИКОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

Лечение деструктивных форм ХРС является трудной задачей клинической ринологии. Чаще больные с ХРС нуждаются в хирургическом вмешательстве. В прооперированных околоносовых пазухах и среднем носовом ходе развиваются воспалительные явления, протекающие в виде острого посттравматического риносинусита, ведущие к нарушению оттока секрета из ОНП и присоединению вторичной инфекции. Это благоприятствует патологической регенерации основной мембраны слизистой оболочки с тенденцией к последующему образованию полипов. Поэтому в ранней послеоперационной реабилитации больных важным моментом является устранение послеоперационного синусита и обеспечение

регенерации слизистой оболочки с восстановлением её функций.

Цель работы: повысить эффективность послеоперационного лечения больных с хроническими синуситами путём применения оптимальных средств реабилитации.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 78 пациентов, 14 (17,8%) — с нагноившимися риногенными кистами, 26 (33,3%) — с полипозным этмоидитом и 38 (48,9%) — с полипозно-гнойным гайморозтмоидитом. Возраст колебался от 28 до 60 лет, лиц мужского пола было 48, женского — 30.

Пациентам основной группы, состоявшей из 40 человек, проводилось однократное интраназальное распыление экстракта цикламена в носовую ход на 2-й день после хирургического вмешательства. Длительность курса лечения составляла 6–8 дней.

Контрольной группе (38 человек) проводилась традиционная терапия, включающая орошение слизистой полости носа физраствором, применения деконгестантов, антисептических и антибактериальных средств. Всем больным на 4-й день после операции — промывание верхнечелюстных пазух раствором октенисепта в разведении 1:6.

Эффективность применяемых методов послеоперационного лечения оценивалась динамикой жалоб пациентов, клинических симптомов по 6-балльной системе, данных эндоскопии и исследование МЦТ.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном лечении пациенты обеих групп ощущали улучшение носового дыхания, снижение интенсивности головной боли и уменьшение патологических выделений. В основной группе указанные симптомы исчезали к 6–7-му дню после операции с восстановлением нормальной ринологической картины. В группе контроля к исходному дню исчезали лишь головные боли, но сохранялся отёк слизистой оболочки ПН, носовых раковин, которые проходили к 10–12-му дню.

Анализ результатов безопасности и переносимости экстракта цикламена показал, что у большинства пациентов (37 чел.) наблюдалась хорошая и удовлетворительная переносимость данного препарата. Изучение времени МЦТ (4-е и 7-е сутки) показало, что в основной группе оно достигало $19,38 \pm 1,15$ мин и $16,34 \pm 0,65$ мин, в контрольной группе — $22,62 \pm 1,36$ мин и $21,68 \pm 1,21$ мин ($P < 0,05$).

Выводы. Экстракт цикламена в раннем послеоперационном периоде устраняет большинство клинических симптомов острого посттравматического синусита, уменьшает сроки послеоперационной реабилитации пациентов, способствует качественному дренированию ОНП и снижению выраженности реактивных явлений в зоне хирургического вмешательства.

Экстракт цикламена является высокоэффективным, безопасным средством и может быть рекомендован для применения в режиме монотерапии в послеоперационной реабилитации больных, перенесших вмешательства на ОНП.

В.М. Исаев, В.М. Свистушкин, А.Н. Наседкин, Д.М. Мустафаев

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГНОЙНЫМИ ГАЙМОРИТАМИ

Государственное учреждение Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Проблема лечения одной из наиболее часто встречающихся форм синуситов — хронического гнойного гайморита (ХГГ) — остаётся актуальной, несмотря на широкое применение современных антибиотиков (с учётом определяемой флоры и её чувствительности к ним), противогрибковых препаратов и всевозможных новейших способов хирургии данного заболевания. Недостаточная эффективность всех известных способов лечения ХГГ за-

ставляет продолжать поиск новых эффективных и безопасных методов лечения этого заболевания.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных с ХГГ путём применения фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы исследования. За период с 2003 по 2008 г. в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского предложенный нами способ был использован для лечения ХГГ у 65 пациентов (39 61485; мужчин, 26 61485; женщин) от 23 до 69 лет. У всех больных гнойное воспаление ВЧП было односторонним, давность заболевания составляла от одного года до 8 лет.

Всем больным до сеанса ФДТ проведено тщательное обследование, включая бактериологический контроль промывной жидкости, компьютерное исследование околоносовых пазух, консультации челюстно-лицевого хирурга с рентгенологическим обследованием зубочелюстной системы для исключения одонтогенной природы гайморита. В сомнительных случаях производилось эндоскопическое исследование пазухи.

Предлагаемый нами способ лечения ХГГ принципиально отличается от всех известных, как по способу воздействия на очаг воспаления, так и по конечному результату от проводимого лечения. В качестве фотосенсибилизатора (ФС) для введения в пазуху нами использован отечественный препарат на основе хлорофилла (0,35 водный раствор «Радахлорина»), разработанный ООО «Рада-Фарма». Для активации ФС, введённого в пазуху, нами используется излучение лазерного диодного модуля «Лахта-Милон» (производство ООО «МИЛОН ЛАЗЕР» г. Санкт-Петербург).

Результаты исследования. Анализ результатов лечения ХГГ ФДТ показал что, у 62 больных наступило полное излечение (отсутствие жалоб, клинических признаков и отрицательные результаты двукратного бактериологического контроля). Неэффективной ФДТ оказалась у трёх больных с одонтогенным гайморитом, которые отмечали значительное улучшение самочувствия в первые дни после сеанса ФДТ, но результаты бактериологического контроля у них продолжали давать рост исходно выявленного возбудителя гнойного процесса в пазухе, но в значительно меньших титрах. Проведённый контроль отдалённых результатов ФДТ ХГГ (от одного года до 3 лет) подтверждает высокую эффективность (свыше 90) данного способа, который при неэффективности других способов лечения со смешанной флорой инфекционного процесса в ВЧП должен стать методом приоритетного выбора. Отдалённые результаты прослежены свыше полтора лет у всех больных с положительным результатом лечения ФДТ. Рецидив ХГГ не зафиксирован ни у одного из больных.

E-mail: mjavanshir@mail.ru

**В.М. Исаев, Е.А. Торгованова,
В.В. Базаева**

ПРИМЕНЕНИЕ NO-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются одной из самых актуальных проблем оториноларингологии. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15% до 30% составляют люди, страдающие синуситами. Отмечается неуклонный рост заболеваемости, в частности, верхнего отдела дыхательных путей (полости носа и околоносовых пазух). Это указывает на актуальность данной проблемы и заставляет продолжить поиск новых эффективных и безопасных методов лечения хронического воспаления слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных с хроническим воспалением верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы исследования. Известна эффективность NO-терапии при воспалительных заболеваниях наружной локализации. Кроме того, имеются определённые предпосылки для использования NO-терапии в

комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Нами разработан новый эффективный способ лечения хронического воспаления верхнечелюстной пазухи. В основе метода лежит эффект антибактериального и противовоспалительного воздействия оксида азота на очаг воспаления.

Работа проводилась с помощью универсального аппарата для хирургии и NO-терапии «Скальпель-коагулятор-стимулятор воздушно-плазменный СКВП/NO-01 «ПЛАЗОН». На Российском и мировом рынках медицинской техники аппарат «ПЛАЗОН», разработанный НИИ ЭМ МГТУ им. Н.Э. Баумана и выпускаемый им по Лицензии Минпромнауки РФ, является единственным аппаратом, использующим в качестве плазмообразующего газа атмосферный воздух и реализующий новые лечебные технологии на основе использования воздушной плазмы и экзогенного оксида азота.

За период с 2007 по 2008 г. под наблюдением находилось 28 больных (8 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 18 до 56 лет с хроническим воспалением верхнечелюстной пазухи, которым производилась NO-терапия. Всем больным производилось компьютерное исследование околоносовых пазух, микробиологическое и цитологическое исследование промывной жидкости до и после окончания курса лечения.

Результаты и выводы. У 28 больных отмечен положительный эффект от лечения, улучшение состояния отмечалось уже после первого сеанса NO-терапии. Больные отмечали уменьшение болезненности при пальпации и перкуссии в области проекции гайморовых пазух, нормализации температуры тела. После проведения второго сеанса NO-терапии количество гнойного отделяемого существенно уменьшалось, отмечалось улучшение носового дыхания. При проведении третьего сеанса лечения уменьшались воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа. Микрофлора не высевалась уже после проведения второго сеанса NO-терапии.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что применение NO-терапии даёт возможность в значительной степени повысить эффективность лечения хронического воспаления верхнечелюстной пазухи.

E-mail: mjavanshir@mail.ru

В.П. Карпов*, Л.М. Затонская,
В.И. Агранович*, Ф.С-Г. Гелисханова**,
В.И. Замковая**, С.А. Аветисян****

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РИНОСИНУСИТОВ В Г. СТАВРОПОЛЕ

**ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Росздрава»,
г. Ставрополь*;
МУЗ «Городская клиническая больница № 3
г. Ставрополя**»**

Население краевого центра Ставропольского края на 2008 г. составляло 363,9 тыс. человек, с пригородами — 417,2 тыс.

По данным оказания стационарной специализированной помощи населению города за период 2004–2008 гг., в ЛОР-клинике находилось на лечении 10808 пациентов. Из них лица с заболеваниями носа и околоносовых пазух составляли 6312 — 58,4% всех больных. Представляет определённый интерес статистическая динамика этой группы. Так, в 2004 г. таких больных было 1037 — 49,9%; в 2005 г. — 1064 — 51,7%; в 2006 г. — 1224 — 58,1%; в 2007 г. — 1445 — 68,2%; в 2008 г. — 1542 — 63%.

Острыми и хроническими риносинуситами за 5 лет переболело 3170 (29,4%) всех пациентов, в том числе острыми риносинуситами — 1984 (18,4%), а хроническими риносинуситами — 1186 (11%). Среди острых процессов преобладали гнойные гаймориты и гайморозтмоидиты — 1661 (73,7%) и фронтиты — 340 (17,1%). Больных с гнойными гемисинуситами было 289 (14,6%), а с пансинуситами — 51 (2,6%). За пять лет отмечалось увеличение больных со сфеноидитами (с 12 до 37 человек), что связано

с совершенствованием диагностики и более широким использованием компьютерной томографии.

Среди больных хроническими риносинуситами продуктивный полипозный процесс был выявлен у 286 (24,1%), причём отмечается ежегодный рост числа больных с данной патологией. Особенно интересен факт наличия (298 — 25,1%) и неуклонного увеличения числа больных с одонтогенными хроническими риносинуситами (с 23 пациентов в 2004 г. до 67 в 2008). При этом у большинства таких больных (140 — 11,8% от всех пациентов с хроническими риносинуситами) отмечались различные инородные тела стоматологической природы (чаще всего пломбировочный материал) в верхнечелюстных пазухах.

Выводы:

1. За последние 5 лет среди населения г. Ставрополя отмечается рост числа больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух. Значительную роль в структуре данной патологии имеют острые и хронические риносинуситы.

2. Обращает на себя внимание факт увеличения числа пациентов с полипозными и одонтогенными хроническими риносинуситами, требующими своевременного оперативного лечения.

E-mail: karpov_vladimir_@mail.ru

А.С. Киселёв

ПОРАЖЕНИЕ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ХРОНИЧЕСКОМ СФЕНОИДИТЕ

Военно-медицинская академия

им. С.М. Кирова, кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Нередким осложнением латентно протекающего хронического сфеноидита, особенно у детей, является поражение отводящего нерва, который проходит через структуры прилежащего к латеральной стенке клиновидной пазухи пещеристого синуса. Не следует считать, что поражение этого синуса всегда развивается молниеносно, с катастрофически быстро нарастающей клинической симптоматикой. В тех случаях, когда имеет место латентно протекающий сфеноидит, возможна ограниченная (на первых порах) реакция со стороны сосудистой стенки синуса, когда формируется пристеночный тромб, сохраняющий стерильность (Г.А. Фейгин, Т.А. Изаева, 1996; Л.М. Ковалева, 2002). Пристеночное образование тромба в кавернозном синусе при воспалительном процессе в клиновидной пазухе может проявляться неожиданным и, на первый взгляд, малообъяснимым проявлением поражения тех или иных глазодвигательных нервов. Наиболее часто поражается отводящий нерв, что приводит к развитию диплопии.

При появлении глазодвигательных нарушений больные обычно начинают обследование и лечение у офтальмолога или невролога. При этом нередко проходит немало времени, прежде чем будет установлена причина развития зрительных нарушений.

Под нашим наблюдением в различные годы находилось 14 больных с поражением отводящего нерва (11 детей в возрасте от 7 до 16 лет и трое взрослых в возрасте от 26 до 41 года). Во всех случаях имело место одностороннее поражение клиновидной пазухи.

После установления диагноза у всех больных эндоназально вскрывалась клиновидная пазуха, при этом у детей пазуха достигалась через решётчатый лабиринт. После операции восстановление функции отводящего нерва начинало постепенно восстанавливаться на 2–3 день после операции. Последующая консервативная терапия включала в себя назначение препаратов, стимулирующих функцию нервной системы и улучшающих микроциркуляцию.

В одном случае у иногородней женщины 33 лет, у которой парез отводящего нерва протекал в течение 5 месяцев, по различным причинам, в том числе ятрогенным, восстановления функции не наступило и через 2 месяца после операции, несмотря на проводимую консервативную терапию.

Приведённые данные свидетельствуют о необходимости своевременного привлечения отоларингологов к обследованию больных с проявлением любых зрительных нарушений, для исключения патологии ЛОР-органов, и, прежде всего, поражения клиновидной пазухи, которое часто протекает в виде латентного синусита с недостаточно выраженной клинической симптоматикой. В этом плане следует считать золотым стандартом использование современных диагностических достижений — КТ и МРТ методов исследования.

E-mail: lor_vma@mail.ru

Ф.Ф. Курбанов, В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев, М.Ю. Герасименко, Е.В. Филатова, Е.В. Русанова

КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ

Государственное учреждение Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, Москва

Проблема эффективного лечения острых гнойных верхнечелюстных синуситов (ОГВЧС) остаётся актуальной в связи с достаточно широкой их распространённостью, несмотря на обширный арсенал современных средств и методов лечения данной патологии.

Цель исследования: разработка комплексного способа лечения больных ОГВЧС на основе флюктуоризации — современного метода физиотерапевтического воздействия. Флюктуоризация — это воздействие с лечебной целью синусоидальным переменным током малой силы и низкого напряжения, беспорядочно меняющимся по амплитуде и частоте в пределах 100–2000 Гц. Такие токи ограничивают очаг гнойного воспаления и за счёт усиления фагоцитарной активности лейкоцитов и клеточного иммунитета способствуют его быстрому разрешению. В месте воздействия флюктуирующих токов улучшается кровоснабжение, что в свою очередь активизирует трофику тканей, фагоцитоз, ферментативную деятельность и процессы рассасывания токсических веществ из очага воспаления. При воздействии на гнойный воспалительный очаг флюктуоризация вызывает ограничение распространения процесса и его обратное развитие.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 66 больных ОГВЧС, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-клинике МОНИКИ с 2007 по 2009 гг. Возраст больных составлял от 18 до 69 лет. Критериями включения в исследование являлось наличие у пациента ОГВЧС. Критериями исключения были следующими: изолированная грибковая этиология заболевания, осложнённое течение ОГВЧС, заболевания жизненно важных органов в стадии декомпенсации, сахарный диабет, туберкулёз и другая инфекционная патология.

Всем больным проведено обследование, включающее: сбор анамнеза, общий и стандартный ЛОР-осмотр, эндоскопическое исследование полости носа, рентгенографию и КТ полости носа и ОНП, микробиологическое и цитологическое исследования содержимого и слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, ультразвуковое сканирование ОНП, ринопневмоманометрию, исследование мукоцилиарного клиренса, спектрофотометрию.

С целью оценки эффективности применяемых нами методов лечения все больные разделены на следующие группы: 1) основная группа — больные, которым проводился комплексный способ лечения, включающий стандартные антибактериальные средства в сочетании с применением метода флюктуоризации; 2) контрольная группа — больные, для лечения которых использовались стандартные антибактериальные средства. Проводя обследование и лечение 66 больных ОГВЧС, разделённых на 2 группы в зависимости от используемых методов лечения, наилучший лечебный эффект достигнут в основной группе, по сравнению с контрольной группой.

Вывод. Метод комплексного способа лечения больных ОГВЧС включающий антибиотики и применение

флюктуоризации, по своей клинической эффективности превосходит традиционное антибактериальное лечение; Таким образом, полученные результаты в отношении динамики субъективных и объективных показателей ОГВЧС доказали возможность эффективного использования флюктуоризации в комплексном лечении данной категории больных.

E-mail: mjavanshir@mail.ru

**Г.В. Лавренова, А.С. Симбирцев,
Е.Н. Тараканова**

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА IL-1 β У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ РИНОСИНОСИТОМ

1 ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Росздрава, (Зав. кафедрой оториноларингологии с клиникой — д.м.н., профессор С.А. Карпищенко), г. Санкт-Петербург

Широкое распространение и отсутствие тенденции к снижению заболеваемости гнойными риносинуситами обуславливают необходимость оптимизации его диагностики и лечения, в том числе и с применением современных молекулярно-генетических методов исследования.

Целью работы явилось изучение особенностей цитокиновой регуляции в процессе формирования гнойного синусита и влияния полиморфизма гена IL-1 β на предрасположенность к развитию гнойного риносинусита.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 126 человек, из них 40 практически здоровых лиц и 86 больных гнойным синуситом: 46 — острым гнойным риносинуситом (ОГРС) и 40 пациентов с обострением хронического гнойного риносинусита (ХГРС).

Концентрацию IL-1 β определяли в выделенных лейкоцитах крови с помощью диагностических тест-систем (ООО «Цитокин», Санкт-Петербург, Россия) методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для выявления точечных однонуклеотидных замен (SNP) гена IL-1 β (-511C/T) и IL-1 β (+3953C/T) использовался метод анализа длины фрагментов рестрикции ПЦР продукта.

В результате проведенного исследования была определена частота встречаемости полиморфных локусов гена IL-1 β у больных исследуемой группы. Зависимости клинического течения заболевания от частоты встречаемости полиморфного локуса гена IL-1 β (-511C/T) выявлено не было ($p > 0,05$). Однако с высокой долей вероятности ($p = 0,026$) можно утверждать, что генотип 1/1 полиморфного локуса гена IL-1 β (+3953C/T) ассоциирован с острым течением риносинусита (63% наблюдений), а генотип 1/2 гена IL-1 β (+3953C/T) — с хроническим воспалением слизистой оболочки околоносовых пазух (66,7% наблюдений). Кроме того, было доказано, что носительство полиморфного аллеля гена IL-1 β (+3953C/T)(1/2), ассоциированного с хроническим течением гнойного риносинусита, предрасполагает к более чем трёхкратному увеличению уровня спонтанной продукции IL-1 β . Так, средние значения синтеза IL-1 β в группе больных ОГРС составили $23,78 \pm 15,41$ пг/мл, а в группе ХГРС — $71,5 \pm 58,78$ пг/мл. Аналогичная тенденция сохранялась и для значений индуцированной продукции IL-1 β : $2\ 922 \pm 951$ пг/мл — в группе ОГРС и 5007 ± 2709 пг/мл — у лиц с обострением ХГРС.

Выводы:

1. Индивиды-носители полиморфных локусов регуляторных участков гена IL-1 β различаются между собой по степени интенсивности наработки конечного белкового продукта (IL-1 β).

2. Носительство полиморфных аллелей гена IL-1 β (-511C/T)(1/1) и (+3953C/T)(1/1) обуславливает развитие острого гнойного риносинусита, а сочетание аллелей гена IL-1 β (-511C/T)(1/1) и (+3953C/T)(1/2) предрасполагает к развитию хронического воспалительного процесса в слизистой оболочке околоносовых пазух.

3. В целом, влияние полиморфизма гена IL-1 β на характер воспаления, на примере группы больных гнойным

риносинуситом, вероятно, можно описать в виде следующих тенденций: носительство немутантных аллелей гена определяет адекватную продукцию соответствующих белков и регуляцию функционирования системы IL-1; у носителей полиморфного локуса (+3953C/T) имеет место генетически обусловленный перевес в сторону повышенной продукции IL-1 β .

E-mail: Lavrenovagv@yandex.ru

**А.С. Лопатин, А.В. Варвянская,
П.А. Кочетков**

ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НИЗКИМИ ДОЗАМИ МАКРОЛИДОВ ПРИ ХРС

Кафедра болезней уха, горла и носа Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова

Известно, что макролиды, помимо прямого противомикробного действия, обладают множеством иммуномодулирующих и противовоспалительных свойств. Наиболее значимым является подавление нейтрофильного воспаления путём снижения продукции IL-8. Кроме того, потенциально значимым механизмом является ингибирование вирулентности бактерий и нарушение формирования биоплёнок. Иммуноотропные свойства макролидов проявляются при их длительном приёме (не менее 12 недель) в низких дозах.

Проведён ряд открытых исследований, демонстрирующих эффективность и безопасность длительной терапии лечения низкими дозами макролидов при ХРС, в том числе при полипозном риносинусите (ПРС). Их результаты были подтверждены в плацебо контролируемом исследовании, проведённом в 2006 г. В. Wallwork и А. Cervin. По мнению исследователей, высокая эффективность лечения наиболее вероятно у пациентов с преобладанием жалоб на густые гнойные выделения из носа, лицевую или головную боль, нормальным уровнем сывороточного Ig E, отсутствием атопии, высоким уровнем нейтрофилов и ИЛ-8 в назальном секрете, а также при неэффективности лечения интраназальными кортикостероидами. Неблагоприятными прогностическими признаками являются жалобы на прозрачные выделения из носа и чихание, наличие атопии, высокий уровень сывороточного Ig E, эозинофилия назального секрета, высокая эффективность топических кортикостероидов.

При одностороннем поражении, в первую очередь, показано хирургическое лечение. В открытых исследованиях при ХРС была продемонстрирована эффективность эритромицина, кларитромицина и рокситромицина. Эритромицин является наименее дорогим, но имеет больше побочных эффектов со стороны ЖКТ. Оптимальная продолжительность лечения составляет 3–6 месяцев. Низкой дозой считается $\frac{1}{2}$ стандартной суточной дозы. До начала лечения необходимо убедиться в отсутствии у пациента заболеваний печени и почек, провести определение печёночных ферментов, а также лейкоцитов и эритроцитов крови. Рекомендовано бактериологическое исследование отделяемого из полости носа с целью выявления резистентных к макролидам штаммов микроорганизмов. Через 3 месяца рекомендовано повторное исследование крови и отделяемого из полости носа. Макролиды могут быть использованы как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах. Пациент должен быть проинформирован, что эффект от лечения развивается очень медленно.

Оценка эффективности лечения проводится через 12 недель. При правильном подборе пациентов с ХРС длительное лечение низкими дозами макролидов может быть успешным в 70–80% случаев. Для оценки эффективности и безопасности длительной терапии макролидами при ХРС необходимы дальнейшие проспективные рандомизированные контролируемые исследования.

В настоящее время в нашей клинике проводится рандомизированное контролируемое исследование эффективности длительного курса лечения низкими дозами кларитромицина при ПРС. Оценивается субъективная выраженность симптомов заболевания, носовое дыхание, проводится эндоскопическое исследование

полости носа, КТ ОНП, бактериология назального секрета и определение цитокинового профиля. В группу длительного лечения кларитромицином уже включено 26 пациентов, трое из которых закончили 3-месячный, а двое — 6-месячный курсы приёма антибиотика. Пока рано делать какие-либо выводы, однако, хотелось бы отметить отсутствие побочных эффектов у всех участников исследования.

Lana357@narod.ru

Т.А. Машкова, А.И. Неровный

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЭВАКУАЦИИ СОДЕРЖИМОГО ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко

Неоднозначность клиничко-риноскопических показателей при экссудативном фронтите, их несоответствие традиционным представлениям о данной патологии побудили нас изучить направление оттока экссудата из лобного синуса при различных типах его сообщения с полостью носа в клинике и эксперименте. С этой целью экспериментально на 37 сагитальных распилах головы были изучены пути эвакуации содержимого из лобных пазух при различных типах лобно-носового сообщения с помощью красителя бриллиантового зелёного, вводимого в пазухи через их медиальную стенку, и обобщены собственные клинические наблюдения, касающиеся 83 больных экссудативным фронтитом. Установлено, что при рецессуальном лобно-носовом сообщении, имевшем место на 40,5% препаратов, краситель, вытекая из лобной пазухи, попадал в передние отделы полости носа и хорошо визуализировался при передней риноскопии. На 59,5% препаратах с инфундибулярным лобно-носовым сообщением краситель стекал по полупунной щели в задние отделы полости носа, носоглотку, достигая устья слуховой трубы. При передней риноскопии препаратов краситель не определялся. Большое количество красителя попадало в верхнечелюстную пазуху.

Полученные в ходе данного исследования результаты могут быть расценены как топографо-анатомические факторы риска развития верхнечелюстного синусита и острого среднего отита у больных экссудативным фронтитом. Для клинической оценки полученных в ходе эксперимента результатов были изучены клиничко-риноскопические показатели у 83 больных экссудативным фронтитом с различным типом лобно-носового сообщения.

Наши исследования показали, что у 46,3% больных имел место рецессуальный, а у 53,7% пациентов — инфундибулярный тип лобно-носового сообщения, что соответствует данным собственных топографо-анатомических наблюдений. Риноскопически установлено, что у всех больных фронтитом с рецессуальным типом лобно-носового сообщения экссудат определялся в передних отделах среднего носового хода. У 70,4% больных с инфундибулярным лобно-носовым сообщением экссудат определялся только при задней риноскопии, у 29,6% — при передней и задней риноскопии. Клиничко-рентгенологические исследования показали, что у пациентов с рецессуальным лобно-носовым сообщением изолированный фронтит имел место у 17,1%, а при инфундибулярном — у 2,3%, то есть в 8 раз реже. У 97,7% больных с инфундибулярным лобно-носовым сообщением экссудативному фронтиту сопутствовало воспаление других околоносовых пазух.

Таким образом, клинические исследования подтвердили данные эксперимента и позволили сделать следующие **выводы**:

1. Направление эвакуации экссудата из лобной пазухи находится в соответствии с типом лобно-носового сообщения.

2. Распространённость сопутствующего экссудативному фронтиту синусита зависит от типа лобно-носового сообщения.

E-mail: aleksandr.nerovnyy@rambler.ru

О.Г. Мухина

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ.

ФГУ «Приволжский окружной медицинский центр Росздрава», Россия, г. Нижний Новгород

Введение. В последнее время отмечается постоянный и стабильный рост заболеваемости острым и хроническим синуситом. Основным методом лечения хронических полипозных синуситов остаётся хирургический с использованием эндоскопической техники. Эффективность лечения зависит от качества обследования пациента в предоперационном периоде. Общеизвестно, что наиболее информативным методом лучевой диагностики хронических синуситов является рентгеновская компьютерная томография (РКТ).

Цель исследования: определить возможности и значение РКТ околоносовых пазух в предоперационном обследовании и выборе оптимального метода хирургического вмешательства при хронических полипозных синуситах.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 80 пациентов, оперированных по поводу хронического полипозного риносинусита. Возраст больных — от 17 до 73 лет. Мужчин — 47 (58,75%), женщин — 33 (41,25%). В дооперационном периоде всем пациентам выполнялась РКТ околоносовых пазух с последующей трёхмерной реконструкцией на спиральном компьютерном томографе «ASTEION VF» (Toshiba, Япония). По данным РКТ, у 29 человек (36,25%) имелась картина полипозного пансинусита, у 21 больного (26,25%) — полипозного полисинусита, у 24 (30%) — гайморозтмоидита и у 6 пациентов (7,5%) — гемисинусита. Из них 54 больным (67,5%) выполнены стандартные эндоскопические полисинусотомии с использованием эндориноскопической стойки «Эндодемиум» (г. Казань) и эндориноскопов фирмы «Шторц». Комбинированное хирургическое лечение, включающее в себя эндоскопические полисинусотомии в сочетании с гайморотомиями по Калдвеллу–Люку, выполнены у 26 пациентов (32,5%). Операционный материал во всех случаях отправлялся на гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Полипы на компьютерных томограммах визуализируются как мягкотканые образования с чёткими, но неровными контурами, в разной степени выполняющие полость носа, околоносовые пазухи, хоаны, носоглотку. При оценке результатов РКТ необходимо обращать внимание на патологические изменения костных стенок околоносовых пазух, особенно при их одностороннем поражении. Так, наличие онкопатологии необходимо было исключить у 18 из обследованных нами пациентов, имевших на томограммах деструктивные изменения стенок околоносовых пазух. Из них у 15 больных — в связи с выявленным истончением стенок верхнечелюстных пазух, расширением входа в пазуху с деструкцией медиальной стенки и распространением патологического содержимого в полость носа; у троих наблюдалась ремодуляция клеток решётчатого лабиринта. Дооперационное морфологическое исследование биоптатов не подтвердило наличие онкопатологии.

В предоперационном периоде, благодаря РКТ, у 26 больных выявлено наличие уровня жидкости в верхнечелюстных пазухах, а у 1 человека — в верхнечелюстных и основных пазухах. Им была проведена санация пазух, антибактериальная терапия до операции, что позволило избежать осложнений в послеоперационном периоде.

В ряде случаев необходимо проводить дифференциальный диагноз между полипозным синуситом и поликистозом околоносовых пазух, так как патологические образования в пазухах (кисты и полипы железистого строения) могут иметь одинаковую плотность по данным РКТ. Например, у 7 больных на основании данных

КТ был выставлен диагноз полипозно-кистозной формы синусита, так как на фоне практически тотального заполнения решётчатых, лобных и основных пазух содержимым плотностью 99–130 ед.Н., верхнечелюстные пазухи были выполнены образованиями полициклической формы плотностью 28–54 ед.Н. Интраоперационно в верхнечелюстных пазухах обнаружены полипозные образования, которые по данным гистологического исследования представляли собой аденоматозные полипы. У 5 пациентов в ходе операции в верхнечелюстных пазухах были обнаружены кисты, которые, по данным РКТ, трактовались как полипозные образования плотностью 46 ед.Н.

Хоанальные полипы, по данным РКТ, выявлены у 43 больных: 28 — антрохоанальных, 7 — этмохоанальных, 8 — сфенохоанальных.

Методом функциональной эндоскопической риносинусхирургии было оперировано 54 пациента. У 12 из них, по данным РКТ, верхнечелюстные пазухи были заполнены патологическим содержимым тотально, а в ходе интраоперационной эндоскопии у 8 человек обнаружено несколько крупных полипов на «ножке» и у 4 больных — оболочки кист на фоне практически неизменённой слизистой оболочки пазух.

У 26 пациентов данные РКТ полностью совпадали с клинической картиной, полученной при эндориноскопии, причём верхнечелюстные пазухи были тотально заполнены полипозно-изменённой слизистой оболочкой. Этим больным первым этапом выполнялась эндоскопическая операция по общепринятой схеме стандартной эндоскопической полисинусотомии по методике W. Messerklinger, а затем — гайморотомия по Калдвеллу–Люку.

Выводы: выбор оптимальной хирургической тактики у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом в каждом конкретном случае должен основываться на данных дооперационной рентгеновской компьютерной томографии и интраоперационной эндоскопической картины.

E-mail: OM3331@yandex.ru

К.И. Нестерова*, **И.А. Нестеров****,
Н.А. Левицкая***

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА (МИ) ПРИ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ГНОЙНЫХ ПОЛИСИНУСИТОВ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПУНКЦИЯ, НИЗКОЧАСТОТНЫЙ УЛЬТРАЗВУК (НУЗ))

* Омская гос. мед. академия — зав. кафедрой ЛОР-болезней проф. Ю.А. Кротов; Омская областная клиническая больница — гл. врач к.м.н. К.Л. Полежаев;

** детский КДЦ ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ» — гл. врач проф. М.А. Борисова;

*** зав. иммунологической лабораторией Омской областной клинической больницы — гл. врач к.м.н. К.Л. Полежаев

Цель работы: изучение динамики показателей МИ полости носа в процессе комплексной терапии негнойных синусогенных орбитальных осложнений (НСОО) с применением антибиотиков и физических факторов — НУЗ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 100 больных с НСОО (по 50 в основной и контрольной группах), преимущественно мужчин, в возрасте от 16 до 59 лет. Средний возраст составил 31,1±1,51 лет. Длительность заболевания — от 3 до 15 лет, в среднем в год пациенты имели от 1 до 5 обострений.

Исследование являлось открытым когортным проспективным рандомизированным контролируемым. Пациентам проводилось консервативное лечение, включающее антибактериальную, гипосенсибилизирующую, местную терапию. Местная терапия в контрольной группе заклю-

чалась в пункциях верхнечелюстных пазух, в основной — синус НУЗ терапия.

Результаты. У пациентов с НСОО выявлено достоверное снижение уровня IgA крови — 0,5±0,01 г/л. Ig классов M, G, E имели тенденцию к возрастанию — 3,2±1,3 г/л, 21±3,4 г/л, 130±40,5 МЕ/мл соответственно. По клеточному звену иммунитета определялась тенденция к Т-супрессии, относительная Т-лимфопения, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, уменьшение способности к завершённой фагоцитозу. Имелась общая тенденция дефицита факторов МИ, характерная для гнойных риносинуситов, но они носили более выраженный характер. Уровень Ig G до лечения составил 1,0±0,33 г/л, Ig M 0,09±0,02 г/л, Ig A 0,2±0,03 г/л. После лечения эти показатели улучшились в обеих группах: Ig G — до 0,83±0,1 и 0,67±0,08 г/л, IgM — до 0,06±0,02 и 0,03±0,01 г/л, Ig A — до 0,42±0,04 и 0,93±0,1 г/л при традиционной и НУЗ терапии соответственно. При этом показатели уровня Ig при традиционном лечении физиологической нормы не достигли, и 30% пациентов (15 человек) были госпитализированы повторно в срок от 1 месяца до 2 лет.

При ретроспективном анализе при выписке почти у всех этих пациентов было отмечено сохранение признаков угнетения МИ: Ig M составил 0,075±0,04, Ig A — 0,27±0,07, Ig G достоверных отличий не имел (p = 0,3). Повышение Ig E было умеренным — 69±23 МЕ/мл, но после лечения в обеих группах этот показатель сохранялся на уровне 10–12 МЕ/мл. У больных с НСОО отмечались увеличение цитоза до 240,08±61,3 за счёт нейтрофилов — до 65,9±14,0%, лимфоцитов — до 4,7±0,14% и эозинофилов — до 6,1±0,2%. Деструкция нейтрофилов практически не выражена — средний показатель деструкции (СПД) = 1,4. СПД цилиндрического эпителия — 2,12±0,09. Такой СПД отражает полиэтиологичность НСОО: примерно в половине случаев они являются результатом острого процесса. Об этом же говорит значительный разброс показателя: при остром начале СПД цил. эпит. составил 1,39, при хроническом — 2,7. После лечения СПД цил. эпит. составил 1,6±0,03 и 1,9±0,1, а СПД нейтр. — 1,4±0,03 и 1,68±0,07 при НУЗ и традиционной терапии соответственно. Показатель фагоцитоза до лечения — 17,35±4,2%, после стандартной терапии — 19,83±4,3%, после НУЗ — 25,1±3,4%. Индекс модуляции и процент метаплазии у больных с НСОО достоверных отличий от нормы не имел. Корреляционной связи между уровнем Ig и СПД и модуляции отмечено не было.

Вывод. Течению НСОО соответствует значительное угнетение как общего, так и МИ. На фоне комплексной терапии НСОО с использованием НУЗ восстановление показателей иммунориноцитогаммы происходит быстрее, достигнутый эффект сохраняется длительно. При традиционной терапии показатели МИ улучшаются, но нормы достигают редко, у 30% больных эффект носит временный характер.

E-mail: nesterov_ivan@mail.ru

А.А. Никитин, В.М. Исаев, В.М. Свиштушкин, А.М. Сипкин, Д.М. Мустафаев, Е.В. Жданов, Р.С. Ашуров

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ

Государственное учреждение Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

В последние годы отмечается значительный рост одонтогенных верхнечелюстных синуситов (ОВЧС), для лечения которых применяются консервативные, хирургические методы и их комбинации. Существующие методы лечения не могут полностью удовлетворить современные требования клиницистов. Разработка новых комбинированных методов, сочетающих традиционный и эндоскопический доступ, для лечения ОВЧС, является актуальным.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных ОВЧС.

Материал и методы исследования. С 2001 по 2008 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии и ЛОР-клиники МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было проведено исследование и комплексное — комбинированное хирургическое и консервативное лечение у 189 больных с диагнозом ОВЧС. Всем больным была проведена операция — ревизия верхнечелюстной пазухи, выполненная с применением традиционного и эндоскопического доступов для удаления мицелия гриба и инородного тела. Консервативное лечение: «Актинолизат» назначали пациентам сразу после эндоскопической или традиционной операции при жизнеспособном мицелии гриба, что подтверждалось микробиологически и гистологически. Основанием к его применению послужили способности препарата к мобилизации и активации макрофагов, иммуномодуляции, снижению интенсивности воспалительного процесса за счёт торможения гиперпродукции воспалительных цитокинов, блокады действия других медиаторов воспаления. «Актинолизат», являясь, по сути, антигеном, через специфические внутриклеточные рецепторы иммунокомпетентных клеток активизирует иммунную систему, стимулирует продукцию антител к различным инфекционным агентам, повышает резистентность организма к грибковой инфекции.

Вывод. Препарат «Актинолизат» может рассматриваться в качестве замены противогрибковых препаратов системного действия, обладающих серьёзными побочными эффектами, при лечении пациентов, имеющих жизнеспособные колонии гриба сразу после проведения оперативного лечения, а так же при появлении жизнеспособного мицелия гриба в контрольных смывах в послеоперационном периоде.

E-mail: mjavanshir@mail.ru

Г.З. Пискунов

ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РИНОСИНОСОХИРУРГИИ РМАПО, г. Москва

Сравнение и противопоставление старых и новых методов хирургического лечения заболеваний носа и околоносовых пазух будет проходить постоянно. Даже те методы, которые в настоящее время являются новыми и более совершенными, через некоторое время перейдут в разряд старых и их заменят новые. Такова философия жизни.

Когда-то наш великий хирург Н.И. Пирогов для восстановления носового дыхания удалял полипы пальцем, вводя его в носоглотку больному, а затем щипцами удалял из носа всё, стремясь создать полость с гладкими стенками. На такую операцию не решится в наше время даже крайний сторонник радикальной риносинусохирургии.

Что такое функциональная риносинусохирургия? Сразу можно возражать: любая хирургия нарушает функцию оперированного органа, и насколько мы правы, используя термин «функциональная хирургия»? Чтобы говорить о сохранении функции органа, необходимо этот орган сохранить. Что делает хирург при выполнении радикальной операции и современной эндоскопической операции на околоносовых пазухах? Мы знаем, что при радикальной операции удаляется вся слизистая оболочка до кости. При функциональной операции слизистая оболочка сохраняется, удаляются полипы и восстанавливается сообщение пазух с полостью носа в естественных местах.

Сторонники радикальной хирургии говорят, что слизистая оболочка восстанавливает после радикальной операции свою структуру и функцию. Но это не так. Частично восстанавливается эпителиальный покров, но под эпителием формируется рубцовая ткань и нарушается структура и функция желез слизистой оболочки, важных физиологических структур лимфоэпителиального симбиоза. Восстановившийся эпителиальный покров продолжает перемещать слизь из верхнечелюстной пазухи в сторону среднего носового хода, а не в нижний нос-

вой ход. Пути мукоцилиарного клиренса не меняются ни от каких воздействий, это достаточно точно установлено и признано в мировой оториноларингологии. Поэтому в нижний носовой ход может уходить только избыток любого экссудата в силу физических законов, но не физиологических. А нарушение мукоцилиарного транспорта, связанное с любой причиной, создаёт условия персистенции воспаления, что также известно всем сторонникам радикальной и функциональной хирургии.

Так почему же в Москве задерживается внедрение функциональной хирургии и обособывается необходимость продолжать использовать традиционную операцию по Калдвелл–Люкю? Для этого существуют объективные и субъективные причины. Прежде всего, аргумент сторонников «радикальной» хирургии «если операция выполняется, значит она нужна», не имеет научной доказательности. Субъективной причиной является игнорирование физиологического значения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, значения аэродинамики в полости носа и околоносовых пазух, риногенности всех риносинуситов (кроме одонтогенных). Не проводится объективная оценка внутриносовых структур как возможной причины воспаления в околоносовых пазухах. Тезис «удалить всё, и будет всё нормально» не оправдал себя. В любом случае, при радикальной или функциональной хирургии операция — только начало лечения, и оно должно быть продолжено медикаментозными средствами.

Наиболее сложный вопрос в лечении полипозных форм риносинусита. Наш опыт показал, что необходимо дифференцировать полипозный риносинусит и от этого можно прогнозировать результат лечения. Полипозный риносинусит, в возникновении которого ведущей причиной является нарушение аэродинамики в полости носа, при функциональной хирургии даёт практически стопроцентный положительный результат. При хронических бактериальных и грибковых риносинуситах функциональная хирургия, дополненная медикаментозной терапией, даёт также высокий положительный результат — до 85%. Срок динамического наблюдения за этим больным может быть в течение года.

При полипозном риносинусите в сочетании с бронхиальной астмой или при непереносимости неспецифических противовоспалительных средств любая функциональная или радикальная хирургия даст только временный результат. Рецидив полипоза наступит уже в текущем году или в ближайшие годы. Это особая категория больных. Они нуждаются в длительной кортикостероидной терапии — топической или общей — и постоянном динамическом наблюдении. Такой дифференцированный подход к лечению полипозного риносинусита основан на данных этиологии и патогенеза заболеваний, современных знаний о патофизиологических процессах в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух.

Вышла хорошая работа Волкова А.Г. и Трафименко С.Л. (2007) «Хронические полипозные риносинуситы; вопросы патогенеза и лечения», которую должен изучить каждый оториноларинголог, чтобы знать современное состояние вопроса по патогенезу полипозного риносинусита.

Объективной причиной широкого использования радикальных методов лечения риносинуситов является отсутствие финансовых средств на покупку эндоскопов и инструментов, без чего внедрение функциональной хирургии невозможно. Хотя, следует отметить, что Устьянов Ю.А. с 70-х гг. использует принципы функциональной хирургии без эндоскопов, но это знания и опыт хирурга высокого класса. Важно знать и использовать принципы современной эндоназальной хирургии. Вторая объективная причина — это современная страховая медицина и её стандарты. Нашу страховую медицину не интересуют возможности клинической медицины, да и вопросы здоровья людей. Отсюда нерациональное использование конечного фонда стационаров, включение в стандарты устаревших методов диагностики и лечения.

**С.З. Пискунов, И.С. Пискунов,
Н.М. Солодилова**
О СИНДРОМЕ МОЛЧАЩЕГО СИНУСА
Курский государственный медицинский
университет

Термин «синдром молчащего синуса» был предложен Sorarkar C.N.S. (1994) для обозначения патологического состояния верхнечелюстной пазухи, характеризующегося уменьшением её размеров, резорбцией костных стенок, блокадой естественного соустья, скоплением в пазухе гнойного или мукозного содержимого, энтофтальмом. Первый случай подобного поражения пазухи был описан Montgomery W. (1964), с этого времени в литературе описано более 100 случаев. Первым клиническим симптомом заболевания является спонтанный односторонний энтофтальм, прогрессирующий в течение нескольких месяцев. В большинстве случаев пациент обращается к офтальмологу с жалобами на орбитальную асимметрию. Объём движений и функция глаз не страдает, хотя возможно развитие диплопии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились двое больных, которые обратились с жалобами на западение глазных яблок, углубление щеки в области клыковой ямки. При компьютерной томографии выявлялось уменьшение размеров верхнечелюстной пазухи, резорбция её стенок разной степени выраженности, разрушение нижнеглазничной стенки, опущение клетчатки орбиты в пазуху. Во время эндоскопического вмешательства выявлена блокада естественного соустья пазухи клетчаткой орбиты, скопление вязкого гноя. В одном случае соустье с полостью носа сформировано в нижнем носовом ходе, так как область естественного соустья была закрыта пролабировавшей клетчаткой орбиты.

Таким образом, в обоих случаях имело место формирование в верхнечелюстной пазухе изолированного от полости носа гнойного мешка (пиоцеле), развившегося вследствие блокады естественного соустья содержимым орбиты, опустившимся в просвет пазухи после резорбции её верхней стенки. Можно предполагать, что разрушение стенок пазухи произошло вследствие ограниченного остеопороза тела верхней челюсти. Практикующим врачам следует знать об этом синдроме, причины развития которого требуют дальнейшего изучения.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**М.В. Субботина, А.Н. Фатеев, И.А. Букша,
А.И. Чернов, А.Ф. Хирнеткина, С.Б. Гомбоев**
**ФИНАНСОВЫЕ ЗАТРАТЫ
НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ СИНУСИТОМ
В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ**
ГОУ ВПО Иркутский государственный
медицинский университет, г. Иркутск

По данным Национального Центра Медицинской Статистики США, синусит стал в этой стране одним из самых распространённых заболеваний, а общие прямые затраты на его диагностику и лечение составили 5,78 млрд долл. (Ray et al., 1999). К прямым затратам относятся расходы на содержание пациента в лечебном учреждении, оплата рабочего времени медицинского персонала, стоимость лекарственных препаратов, лабораторного и инструментального обследования, процедур, плата за использование медицинского оборудования, площадей и средств. Тенденция к увеличению заболеваемости синуситами есть и в России, но сведений о финансовых расходах на лечение данной категории пациентов в отечественной литературе мало.

Целью нашего исследования было определить прямые затраты на оказание медицинской помощи больным острым синуситом (ОС) в стационарах города Иркутска в 2008 г.

Материал и методы исследования. Подсчитывалась стоимость лечения пациентов с ОС, находящихся

в 2008 г. в больницах г. Иркутска: городском ЛОР-отделении больницы № 6 (40 коек), клинике ЛОР-болезней Иркутского государственного медицинского университета (40 коек) и ЛОР-отделении городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы (40 коек). В этих стационарах в основном оказывается стационарная отоларингологическая помощь населению города.

Производили расчёт прямых финансовых затрат, учитывая стоимость койко-дня по тарифам лечебных учреждений и фактические затраты на медикаменты. Последний показатель определяли для конкретного лечебного учреждения по средним данным выборочных 20 историй болезни пациентов с ОС, зная фактическую аптечную стоимость лекарств.

В ГКБ № 6 в 2008 г. находилось 287 человек с ОС, средний койко-день составил 9,5. Стоимость 1 койко-дня была 501,71 руб., из них на медикаменты — 10,5%. В ЛОР-клинике ИГМУ на лечении в 2008 г. было 195 пациентов с ОС, средний койко-день составил 12,36, из них на койке круглосуточного пребывания — 5 суток, на дневном стационаре — 8,36 суток. Стоимость 1 койко-дня составила 648,9 руб. за круглосуточное пребывание, из них на питание — 9,9%, на медикаменты — 23,9%. В ЛОР-отделении детской больницы в 2008 г. находилось 637 детей с ОС. Средний койко-день составил 10. Средства, выделенные на 1 сутки лечения в детском ЛОР-отделении, составили 659 руб., из них 10% — на медикаменты.

Результаты. Расчётные затраты на лечение одного пациента ОС в ГКБ № 6 г. Иркутска составили 4766,25 руб., в том числе на медикаменты — 500,45 руб. Фактические затраты на лекарства — 884,08 руб. В этом стационаре больные были вынуждены покупать лекарства самостоятельно в аптеках города. Всего на лечение 287 больных ОС было истрачено 1367912 руб. В ЛОР-клинике затраты на лечение 1 случая ОС составили 8126,82 руб., из них на медикаменты — 1942 руб. Фактически на лекарства было истрачено 973,4 руб. Общие финансовые расходы на лечение пациентов с ОС в ЛОР-клинике составили 1584730,5 руб. за год. В детском городском ЛОР-отделении расходы на лечение 1 случая ОС были 6590 руб., из них на медикаменты — 659 руб. Фактические затраты на лекарства — 450 руб. Общая стоимость стационарного лечения детей с ОС в Иркутске оказалась равной 4197830 руб. Итоговая сумма затрат на стационарное лечение ОС в г. Иркутске в 2008 г. составила 7,15 млн руб.

Вывод. Прямые медицинские затраты на стационарное лечение больных ОС в 2008 г. в г. Иркутске составили 7,15 млн руб.

E-mail: lor-igmu@yandex.ru

А.В. Черныш, В.И. Садовский
**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
И АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНОСИТОВ**

Гомельская областная клиническая больница, г. Гомель

Цель исследования: оптимизация диагностики и эффективности лечения полипоза носа.

Материал и методы исследования. При проведении классической риноскопии (КРС) 2600 нами выявлены полипы и полипоз носа у 182 пациентов, а при оптической риноскопии (ОРС) — у 221, то есть полипы выявлены дополнительно у 39. Кроме того, полипы и полипоз полости носа при КРС выявляются в основном во 2 и 3 стадии. Одиночные полипы обнаруживаются с применением ОРС в 4,5 раза чаще, чем при КРС.

Для объективной оценки эффективности амбулаторной хирургии полипозных риносинуситов мы сравнили две методики: эндоназальную, с применением эндоскопической техники и классическую. Взяты 2 группы по 30 больных: 1 группу составили пациенты с полипозным риносинуситом 2–3 стадии, оперированные амбулаторно под эндоскопическим контролем, II группу — без эндоскопического контроля в стационарных условиях. Все амбулаторные эндоскопические операции проведены под местной анестезией. Полная анестезия у пациен-

тов основной группы отмечена у 20 (66,6%) больных, незначительные периодические болевые ощущения присутствовали у 9 (30%) пациентов, умеренные — у 2 (6,6%). Во время местной анестезии у 1 (3,3%) пациента отмечены головокружения, у 2 (6,6%) — обморочные состояния.

Методика операции полипозтомотомии отличалась от обычных классических малой травматичностью, использованием топических кортикостероидов для профилактики рецидивов полипоза. Продолжительность эндоскопических операций больше чем классических, что обусловлено использованием риноскопа и более тщательным удалением полипов (56,6% операций до 30 мин).

В послеоперационном периоде, начиная с 7–10 дня, всем пациентам назначали орошение полости носа лекарственным средством Фликсоназе на 1–3 месяца с повторным эндоскопическим исследованием. Кровотечение во время операций незначительные (до 50 мл) отмечены у 16 (53,3%) пациентов, умеренные кровотечения (до 100 мл) во время операции — у 12 (40%) У 2 больных кровотечения были свыше 100 мл, в связи с чем они были госпитализированы на 1–2 суток. Средняя длительность послеоперационного периода у пациентов, оперированных амбулаторно под эндоскопическим контролем, составила $6,7 \pm 0,25$ дня, а в стационарных условиях — $8,4 \pm 0,62$ дня, что связано с госпитализацией (ожидание операции), с меньшей травматичностью операций и отсутствием выраженных реактивных явлений.

Стоимость пребывания 1 пациента в стационаре составила 627775 руб., (51.733 тыс. руб + $23000 \times 8,4$ койко-день). Стоимость лечения 1 пациента в амбулаторных условиях составила 216330 руб. ($23000 \times 6,7$ койко-день + $28720 + 11170 \times 3$ ОРС). Разница в стоимости лечения 1 пациента составила 414445 руб. (около 200 дол. США). Таким образом, используя амбулаторные эндоскопические операции по поводу полипозного риносинусита, мы получили значимый экономический эффект.

Выводы:

1. Эндоскопическая диагностика полипозных риносинуситов позволяет выявить полипы в более ранних стадиях по сравнению с КРС (выявляемость на 17,6% ниже по сравнению с ОРС).

2. Эндоскопические операции при полипозе являются более щадящими для окружающих тканей и более радикальны по отношению к полипам.

3. Применение нашей методики лечения полипозного риносинусита более эффективно: рецидив полипов через год выявлен у 30%, а при пациентов контрольной группы у 50%, нормализация носового дыхания наступила у 73,3% пациентов основной группы, и у 40% пациентов контрольной группы.

4. Использование лекарственного средства Фликсоназе в послеоперационном периоде снижает частоту рецидивов и удлиняет ремиссии заболевания.

5. Экономическая значимость лечения 1 пациента полипозным риносинуситом по предлагаемой методике составила около 200 долларов США.

E-mail: chamysh@open.by

В.С. Шагова, Т.А. Машкова

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко

Полипозный риносинусит (ПРС) встречается в различных возрастных группах, в том числе у лиц старше 60 лет. В процессе старения возрастные изменения затрагивают почти все физиологические системы организма, в том числе и иммунную, однако исследования, касающиеся изменений иммунного статуса у лиц старше 60 лет весьма противоречивы. К оценке изменений в иммунограммах, анализу результатов эффективности

проводимой терапии у пациентов этой группы требуется особый подход, так как на выраженность и характер иммунопатологии у них будет влиять наличие сопутствующих заболеваний.

Цель исследования: изучение иммунного статуса у больных ПРС старше 60 лет и влияние на него циклоферона.

Нами обследовано 63 больных с ПРС в возрасте от 61 до 80 лет. Всем больным проведено видеоэндоскопическое хирургическое лечение в различном объеме. Практически у всех больных анамнестически имелись заболевания желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей вне обострения, гипертоническая болезнь I–II ст. Была выделена группа из 34 человек, у которых ОРЗ повторялись в течение года 4–5 раз. Им назначались инъекции циклоферона по 0,25 г через день; на курс — 1,25 г. Исследование иммунного статуса тестами 1 и 2 уровней проводили при поступлении и на 12–14 день перед выпиской из стационара.

При анализе иммунограмм больных с ПРС и группы ПРС с частыми ОРЗ имело место однотипность изменений иммунных параметров: наблюдалось снижение относительного количества зрелых Т-лимфоцитов (СД3), Т-хелперных клеток (СД4), В-лимфоцитов (СД19); сывороточных иммуноглобулинов, активности комплемента, высокий уровень ЦИК; в группе с ОРЗ дополнительно выявлены изменения в макрофагально-моноцитарном звене, что проявлялось снижением НСТ-теста.

При сравнении исследований показателей иммунного статуса до и после хирургического лечения и проведенного курса терапии циклофероном значимых различий средних показателей по группам не выявлено. Поэтому дополнительно проанализирована динамика показателей в каждой группе в зависимости от их исходного уровня (за низкий принимали значение ниже среднего по группе, за высокий — превышающий средние значения по группе). В группе пациентов после хирургического лечения показатели СД3, СД4, СД8 не претерпели изменений, отмечалась тенденция к увеличению СД19 и Ig A.

Динамика изменений параметров в группе пациентов, получавших циклоферон: при исходно низких показателях выявлено повышение абсолютного и относительного количества лимфоцитов, СД4 лимфоцитов, увеличение соотношения СД4/СД8, уровня сывороточных Ig G и Ig A, НСТ-теста, количество комплемента. Однако статистической достоверности они не достигли. Таким образом, циклоферон мягко активизирует клеточные факторы иммунологической реактивности у больных ПРС пожилого и старческого возраста, нормализует баланс между субпопуляциями Т-хелперов и Т-супрессоров, содержание иммуноглобулинов классов G и A и оказывает стимулирующее влияние на факторы неспецифической защиты организма (НСТ-тест и комплементарную активность сывортки крови).

E-mail: aleksandr.nerovniy@rambler.ru

Э.Р. Шарипова, Н.А. Арефьева, Л.Ф. Азнабаева, Р.А. Шарипов*, В.Г. Нагаев*

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНЫХ ЦИТОКИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Самыми распространёнными заболеваниями ЛОР-органов как среди взрослых так и детей считаются риносинуситы (Гарашенко Т.И., 1996; Пальчук В.Т., 2002; Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006). На сегодняшний день предложено множество способов лечения гнойных риносинуситов, однако число больных за последние 10 лет выросло в 3 раза (Крюков А.И., 2006). Традиционно основными методами лечения являются антибактериальная терапия и принудительное дренирование синусов. При этом хирургические методы, как правило, не излечивают болезнь полностью, а лишь создают условия для дальнейшего выздоровления (Пискунов Г.З., Лопатин А.С., 2002), антибактериальная терапия при хроническом ло-

кальном инфекционном воспалении малоэффективна (Пискунов Г.З. и др., 1994; Арефьева Н.А., 1997; Азнабаева Л.Ф. 2003). Это особенно значимо в условиях растущей антибиотикорезистентности.

Воспалительные заболевания ЛОР-органов длительного и резистентного к терапии течения, в том числе гнойные риносинуситы, признаны маркерами иммунного дисбаланса, в основе которого лежат нарушения кинетики иммунного ответа (Нестерова И.В., 1998). Значимую роль в иммунном ответе на патоген играют цитокины как медиаторы межклеточных взаимодействий. Известно, что в развитии хронического гнойного риносинусита играет роль недостаточность основного провоспалительного цитокина интерлейкина-1 β , осуществляющего запуск иммунного ответа (Азнабаева Л.Ф., 2002). Лечение таких больных требует заместительного введения рекомбинантного интерлейкина-1 β .

Цель исследования: обоснование преимуществ цитокиновой терапии (системно и местно) рекомбинантным интерлейкином-1 β больных ГРС.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 62 больных с обострением хронического гнойного риносинусита, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении РКБ им. Г.Г. Куватова (г. Уфа). Рекомбинантный IL-1 β (Беталейкин) вводился двумя способами: системно, в вену — 28 человек и местно, в синус — 21 человек. Группу контроля составили 13 человек, которым проводилось традиционное лечение обострения хронического гнойного риносинусита (антибактериальная терапия). Всем больным проводилась принудительная аэрация и дренирование (катетеризация) заинтересованных пазух. Результаты лечения анализировались и непосредственно после проведенной терапии (ближайшие результаты), и через 5 лет после лечения.

Результаты. Применение рекомбинантного IL-1 β (Беталейкина) позволило достигнуть эффекта клинического выздоровления к третьему дню в 58% при системном (внутривенном) и в 32% при местном (в синусы) применении. В группе традиционного лечения к третьему дню таких пациентов не отмечено. К пятому дню симптомы заболевания исчезали в 83% и 73% соответственно при системном и местном использовании цитокина рекомбинантного IL-1 β и лишь в 33% случаев — в контрольной группе. Наблюдение за пациентами в течение 5 лет показало значительное уменьшение числа рецидивов ГРС. При традиционном лечении 54%, тогда как при системной цитокиновой терапии 21%, при местной 35%. Это связано с тем, что Беталейкин обладает не только заместительным, но и иммунорегулирующим эффектом, позволяющим воспалению завершиться в адекватные сроки элиминацией возбудителя.

Выводы. Лечение рекомбинантным IL-1 β (Беталейкином) — эффективный метод лечения гнойных риносинуситов, позволяющий сократить сроки лечения больных и предупредить дальнейшее рецидивирование заболевания без использования антибактериальных препаратов.

E-mail: peppy14@rambler.ru

С.А. Юркин, М.М. Михирева

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости гнойным синуситом как в Тверской области, так и в целом по России. Это обуславливает актуальность совершенствования методов профилактики и лечения данной патологии. На XVII съезде оториноларингологов России в 2006 г. принят следующий алгоритм лечения синуситов лёгкой степени тяжести: разгрузочная терапия (сосудосуживающие капли); местная противовоспалительная и антибактериальная терапия (биопарокс); системная противовоспалительная терапия (эреспал); муколитическая терапия (ринофлюимуцин).

Цель нашей работы — повышение эффективности местного использования антисептиков при гнойных синуситах.

Под нашим наблюдением находилось 38 больных в возрасте от 17 до 56 лет с острым гнойным гайморитом легкой степени тяжести (повышение температуры тела не более 37,5 $^{\circ}$ C, лицевые и головные боли незначительные, отсутствует выраженное ухудшение общего состояния, на рентгенограмме определяется утолщение слизистой оболочки пазух не более 6 мм). У 17 пациентов процесс был односторонним, у 21 — двусторонним.

С учётом принципа рандомизации больные были разделены на 2 группы. Пациенты первой группы (14 человек) получали указанное выше лечение в соответствии с рекомендациями XVII съезда оториноларингологов, только для получения более объективной информации, вместо биопарокса применялся мирамистин в виде спрея. Во второй группе больных дополнительно к этому лечению один раз в день проводили промывание среднего носового хода раствором мирамистина следующим образом: конец канюли для катетеризации лобной пазухи подводился под переднюю часть средней носовой раковины, и струя антисептика направлялась спереди назад вдоль среднего носового хода. На одну процедуру расходовали 20 мл антисептика.

Результат и обсуждения. В первой группе больных через 7 дней от начала лечения излечение (исчезновение гнойных выделений из носа и боли, нормализация температуры и общего самочувствия) отмечалось у 7 пациентов; значительное улучшение, то есть уменьшение выраженности перечисленных симптомов — у 4 человек; отсутствие эффекта — у 3 больных, которым пришлось применить общую антибиотикотерапию. Во второй группе к 7 дню излечение наступило у 9 человек, улучшение — у 5 больных.

Лучший результат во второй группе больных можно объяснить следующими преимуществами предложенного нами способа промывания среднего носового хода раствором антисептика: 1) введением его непосредственно в зону воспаления, то есть в средний носовой ход и передние носовые пазухи; 2) осуществлением разгрузочной терапии, так как струя антисептика, действуя по принципу водоструйного насоса, отсасывает содержимое из гайморовых и решётчатых пазух.

Вывод. Полученные положительные результаты позволяют рекомендовать предложенный нами способ промывания среднего носового хода раствором антисептика при лечении гнойных гайморитов.

E-mail: wera27@mail.ru

2. ПРОЧИЕ ВОПРОСЫ РИНОЛОГИИ

Л.Ф. Азнабаева, Н.А. Арефьева ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ИММУНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНОСИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕАКТИВНОСТИ ЛИМФОЦИТОВ НЁБНЫХ МИНДАЛИН

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Публикации об органоспецифическом хоуминге внесли значительные дополнения знаний о роли лимфоидных структур глотки в адаптационных реакциях слизистой оболочки верхних дыхательных путей, что позволило разработать методы иммунной реабилитации больных хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС). Однако клинический эффект при этом не всегда оправдывал ожидания, что потребовало дополнительные исследования.

Цель исследования: для обоснования показаний к использованию иммуномодуляторов определить реактивность нёбных миндалин у больных хроническим гнойным риносинуситом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились больные ХГРС — 34 человека и практически здоровые лица (ПЗЛ) — 27 чел.

Исследовались: ткань небных миндалин (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+, CD25+, CD71+, CD95+, HLA-DR+ лимфоциты методом РНИФ), слюна и носовые смывы (IgA, M, G, E, sIgA, ВГА методом ИФА), риноцитограммы (клеточное представительство, фагоцитарная активность нейтрофилов).

Получены следующие результаты: всех больных ХГРС в зависимости от активности лимфоцитов небных миндалин разделили на три группы. В 1-й группе (35% больных) отмечены активно функционирующие лимфоциты небных миндалин (CD22+ составили $28,33 \pm 1,48\%$ в сравнении с ПЗЛ — $17,4 \pm 1,78\%$, $p < 0,001$; CD71+ — $30,92 \pm 1,81\%$, у ПЗЛ — $19,04 \pm 1,75\%$, $p < 0,001$). У пациентов 2-й группы (44%) были отмечены разнонаправленные показатели функции лимфоцитов небных миндалин (CD22+ клетки повышались до $21,67 \pm 1,06\%$, $p < 0,05$, а CD71+ клетки снижались до $6,93 \pm 0,97\%$, $p < 0,001$). 3-я группа (21% больных) характеризовалась недостаточной активностью лимфоцитов небных миндалин (CD22+клетки — $12,86 \pm 0,94\%$, $p < 0,05$; CD71+ — $9,86 \pm 1,53\%$, $p < 0,001$).

Уровень защитных антител слизистых оболочек у больных ХГРС выше, чем у ПЗЛ: sIgA у ПЗЛ в носовых смывах составил $325,97 \pm 21,21$, у больных ХГРС — $474,37 \pm 71,02$ (мкг/мл, $p < 0,05$). Количество IgG в слюне у больных ХГРС $56,14 \pm 6,89$, у ПЗЛ — $35,16 \pm 5,71$ (мкг/мл, $p < 0,05$). Однако увеличение показателей отмечалось за счёт данных группы больных с активно функционирующими небными миндалинами. Статистически значимые отличия отмечены по количеству IgE в назальных смывах ПЗЛ — $6,33 \pm 0,98$ нг/мл и больных ХГРС — $31,28 \pm 7,98$ нг/мл в 1-й группе пациентов ($p < 0,01$), а также во 2-й группе — $19,81 \pm 6,24$ нг/мл ($p < 0,05$).

В зависимости от реактивности лимфоцитов небных миндалин имелись отличия содержания нейтрофилов на слизистой носа больных ХГРС. Достоверное увеличение количества неповреждённых нейтрофилов отмечалось только у пациентов 1-й группы. У больных 2-й группы количество фагоцитов увеличивалось, но они были разрушенными, и их функция была снижена.

Таким образом, проведённые исследования показали, что функциональная активность небных миндалин определяет интенсивность иммунного ответа слизистой оболочки носа и оказывает влияние на формирование и течение воспаления. Это влияние выражается активацией врождённого иммунитета — фагоцитов (нейтрофилов) и адаптивного иммунитета — ростом количества IgG в слюне и sIgA и IgE — в назальной слизи. Полученные результаты имеют значение для выбора алгоритма лечения больных ХГРС и позволяют определить показания к использованию иммуномодуляторов: больным 1-й группы иммуностимуляция не требуется, больным 2-й группы могут быть рекомендованы препараты для местной иммунной стимуляции, в 3-й группе больные нуждаются преимущественно в заместительной иммунотерапии (цитокины, интерфероны, иммуноглобулины).

E-mail: peppy14@rambler.ru

В.М. Бобров

РИНОЛИТЫ

ЛОР-отделение ГКБ № 8 им. И.Б. Одногозова, г. Ижевск

По данным Т.Ш. Джалолетдинова, за 35 лет опубликовано 20 сообщений о ринолитах (Р). Каждое отдельное сообщение привлекает свет на патогенез заболевания.

Цель: провести анализ 20 собственных наблюдений Р, систематизировать их по группам взяв за основу следующие показатели: длительность нахождения Р в носу с момента попадания инородного тела в нос; вес и размеры Р; отрицательные воздействия Р на структуры носа.

Материалы и методы. С 1985 по 2008 г. наблюдали 20 пациентов с Р. Мужчин — 5, женщин — 15. Возраст больных — от 12 до 63 лет. Одиночные Р имели место у 17 больных, множественные — у 3.

Р бывают эндогенные (без ядра в центре) и экзогенные (с ядром в центре), множественные и одиночные. У 6 пациентов ядро Р не удалось обнаружить. У остальных 14 пациентов ядро обнаружено внутри Р. В результате наблюдения 20 пациентов, у которых были обнаружены Р, считаем целесообразным в практической работе выделить 4 группы Р.

I группа — Р, занимающий один носовой ход. Субъективно больным не ощущается. Выделений из носа нет, носовое дыхание не затруднено. Р обнаруживается случайно на медосмотре. Длительность нахождения Р в носу 5–7 лет. Вес Р — от 0,5 г до 1,0 г. Размер Р — до 1,0 см в диаметре.

II группа — Р также занимает один носовой ход. У больного жалобы на одностороннюю заложенность носа и/или неприятный запах в выдыхаемом воздухе. Отмечается появление ряда патологических изменений в полости носа, околоносовых пазухах (ОНП), в слуховой трубе (заложенность уха на стороне расположения Р, при мезотимпаните — поддержание хронического гнойного процесса в среднем ухе, гипо- или аносмия, головная боль, плохой сон). Объективно обнаруживаются гнойные выделения в полости носа, диагностируется синусит на стороне Р. Вес Р — от 1,0 г до 1,5 г. Размер Р — более 1 см в диаметре. Длительность нахождения Р в носу 7–10 лет.

III группа — Р выполняет несколько носовых ходов (пример: нижний и общий; нижний, общий и средний). Сам Р приобретает форму слепка носовых ходов в результате кристаллизации и выпадения солей из содержимого носового секрета. Субъективные и объективные симптомы аналогичны таковым при II группе. Кроме того, от длительного нахождения Р в носу (более 10 лет) наблюдается его неблагоприятное воздействие на структуры носа, в результате чего атрофируются носовые раковины в месте соприкосновения с Р, искривляется перегородка носа в противоположную сторону. Имеются значительные изменения со стороны ОНП, грануляции в месте расположения Р, кровянистые выделения из носа при сморкании или зондировании Р. Вес Р 1,5 г и более.

IV группа — Р занимает несколько носовых ходов, длительность нахождения Р в носу 15–20 и более лет, вес — более 1,5 г. Субъективные и объективные симптомы, как и в III группе. Кроме того, имеются значительные изменения в полости носа с разрушением костных структур ОНП (верхнечелюстной, клеток решётчатого лабиринта), серьёзные функциональные изменения в полости носа, слуховой трубе и рентгенологические изменения в ОНП.

Выводы. В основе деления Р на группы лежат следующие показатели: длительность пребывания Р в носу с момента попадания инородного тела в нос; вес и размеры Р; отрицательное воздействие Р на структуры носа, ОНП и соседние органы. В наших наблюдениях I группе соответствуют 4 Р, II группе — 7 Р, III группе — 6 Р, и IV группе — 3 Р. Предложенная классификация ринолитов облегчит оказание квалифицированной помощи.

E-mail: bobrovvm@mail.ru

И.П. Василенко, М.П. Николаев, Н.А. Дайхес, В.А. Заричанский*

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

ФГУ Научно-клинический Центр оториноларингологии Росздрава (Москва)

***НПЦ Медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врождёнными заболеваниями нервной системы (Москва)**

Травматические повреждения средней зоны лица (СЗЛ) составляют 10–20% всех лицевых травм. В отличие от верхней и нижней зон, СЗЛ обладает уникальной архитектурной и биомеханической, которая определяет высокие защитные свойства этой области, с одной стороны, и характерные особенности травматических повреждений, а следовательно, и реконструкции, с другой.

С 1995 по 2006 г. под нашим наблюдением находилось 110 больных травматическими повреждениями СЗЛ в

возрасте от 15 до 67 лет (мужчин — 82,8% (91 пациент), женщин — 17,2% (19 пациентов)). Мы классифицировали переломы СЗЛ, исходя из особенностей биомеханики зон их локализации на переломы центральной части СЗЛ лица (76 (69%)) — назотомоидоорбитальные, переломы по Le Fort I Guèrin с/без сагиттальным переломом, переломы орбиты (изолированные и сочетанные), переломы латеральной части СЗЛ (34 (31%)) — переломы скулоорбитального комплекса, скуловерхнечелюстные переломы, изолированные переломы дуги скуловой кости и комбинированные центрлатеральные переломы. Средняя давность получения травмы составляла $11 \pm 0,27$ дней.

Алгоритм предоперационного обследования помимо общего обследования включал компьютерную томографию с 3D-моделированием в особо сложных случаях, консультации офтальмолога, невропатолога, челюстно-лицевого хирурга. Основными целями хирургического вмешательства при травмах СЗЛ являются репозиция и фиксация в анатомическом положении костных фрагментов при острой травме и восстановление нормальной архитектоники по основным контрфорсам при сформированной посттравматической деформации для сохранения функциональной активности повреждённых областей.

В большинстве случаев мы использовали комбинацию доступов (эндоназальный, внутриротовой, трансантральный с эндоскопическим контролем, суборбитальный, *open-sky*, разрез-прокол в области медиального угла глаза, доступ по верхнему веку). В качестве имплантов применяли перфорированные пластины из высокомолекулярного полиэтилена (при взрывных переломах нижней стенки орбиты) и титановые сетчатые импланты с напылением биоситаллом при сочетанных переломах нижней стенки орбиты и орбитального края и при остеопластической реконструкции передней стенки верхнечелюстной пазухи. Фиксация отломков достигалась монокортикальным остеосинтезом с использованием минипластин и шурупов («КОНМЕТ», Россия).

Восстановление носового дыхания достигнуто у всех больных. Резидуальный гипопфтальм и энофтальм отмечен у 17% больных, что связано с поздним сроком обращения и поражением нескольких стенок орбиты. Удовлетворительный эстетический результат получен у 90 больных (86%).

Заключение. Хирургическое лечение посттравматических деформаций СЗЛ является технически сложной проблемой, которая усугубляется временем, прошедшим от момента травмы. Операция должна быть направлена на устранение не только функциональных, но и эстетических проблем. Особое значение в алгоритме лечения имеет комбинация оптимально рациональных доступов к деформированной зоне, анатомическая репозиция и стабильная фиксация с использованием современных биосовместимых имплантационных материалов.

E-mail: irenevassilenko@mail.ru

Л.А. Васина

ОЦЕНКА «ЦИЛИОДЕПРЕССИВНОГО» ЭФФЕКТА ТОПИЧЕСКИХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ

Российская медицинская академия
последипломного образования,
кафедра оториноларингологии, г. Москва

Современные научные данные подтверждают большую значимость цилиарной активности мерцательного эпителия в защитной функции носа, а это требует проведения экспертной оценки возможного цилиотоксического эффекта топических лекарственных препаратов (как уже существующих, так и при разработке новых интраназальных лекарств) для улучшения качества лечения.

Цель исследования: совершенствование методов лечения острого и хронического воспаления слизистой оболочки носа.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 практически здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 47 лет, не имевших ринологических жалоб, аллергологический анамнез не был отягощён, без признаков

острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей, и 10 топических деконгестантов (ТД) различающихся по действующему веществу и по длительности сосудосуживающего эффекта. Перечень ТД, включённых в исследование: «Нафазол-хемофарм», «Санорин», «Нафтизин», «Тизин», «Отривин», «Ксимелин», «Ксилен», «Ринонорм», «Називин», «Назол».

У каждого добровольца с медиальной поверхности слизистой оболочки нижней носовой раковины, отступая 0,5 см от её переднего конца, брали по 2 соскоба реснитчатого эпителия. Биоптаты помещали в физиологический раствор на предметные стёкла с лункой для исследования и накрывали тонкими покровными стёклами. Затем препараты поочерёдно исследовали под микроскопом для выявления участков с цилиарной активностью (ЦА). Один препарат (лунка А — контрольная) служил для контроля ЦА. В другой препарат (лунка В — тестируемая) после удаления физиологического раствора добавляли 1 каплю исследуемого лекарственного препарата.

В своей работе мы использовали специально разработанную компьютерную программу «Морфология Видеотест 5.0», которая предназначена для определения частоты биения ресничек (ЧБР) путём измерения частоты изменения яркости в объектах, нанесённых в области расположения ресничек. С каждым тестируемым лекарственным препаратом было выполнено по 10 исследований. Запись видеоизображения движущихся ресничек проводили через определённые (контрольные) промежутки времени до момента остановки ЦА (0 мин, 2 мин, 5 мин, 10 мин, затем каждые 10 мин в течение 1 ч, затем каждые 15 мин).

Полученные результаты. Все исследованные ТД оказывали угнетающее действие на ЦА реснитчатых клеток. Однако степень выраженности «цилиодепрессивного» эффекта была различной. По результатам проведённых нами исследований можно классифицировать исследованные ТД по степени выраженности «цилиодепрессивного» эффекта, используя показатель «время уменьшения ЧБР на 50 от исходного уровня».

Первая степень «цилиодепрессивного» эффекта: время уменьшения ЧБР на 50 от исходного уровня в растворах ТД *in vitro* составляет 25 мин и больше. К этой группе можно отнести следующие препараты: «Отривин», «Ксимелин», «Ксилен», «Називин». Вторая степень «цилиодепрессивного» эффекта: время уменьшения ЧБР на 50 от исходного уровня в растворах ТД *in vitro* составляет от 6 мин до 24 мин. К этой группе относится препарат «Назол». Третья степень «цилиодепрессивного» эффекта: время уменьшения ЧБР на 50 от исходного уровня в растворах ТД *in vitro* составляет от 0 мин до 5 мин. К этой группе можно отнести следующие препараты: «Нафазол-хемофарм», «Санорин», «Нафтизин», «Тизин», «Ринонорм».

Выводы:

1. Все исследованные ТД угнетают ЦА реснитчатых клеток назального эпителия у здоровых добровольцев.
2. Степень «цилиодепрессивного» эффекта у разных ТД различается.
3. Для лечения острых и хронических заболеваний полости носа предпочтительнее выбирать ТД с наименьшей степенью «цилиодепрессивного» эффекта.

E-mail: vlarisa7@mail.ru

В.В. Вишняков, К.В. Савранская

ЦИФРОВАЯ ОБЪЁМНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОБНЫХ ПАЗУХ МГМСУ

Анатомия области лобно-носового соустья вариативна и может осложняться добавочными клетками, такими как клетки *agger nasi*, фронтотомоидальные клетки четырёх типов и *bulla frontalis*. Хирургическое решение проблемы воспалительного процесса в лобных пазухах может быть очень трудным. Отказ удалить ячейки, затрудняющие адекватный дренаж и вентиляцию лобной пазухи, может привести к рецидиву и хронизации воспалительного процесса в ней.

Дооперационная оценка анатомических изменений является главным в выполнении адекватной и успешной хирургии в области лобного кармана. В настоящее время компьютерная томография является методом выбора для оценки околоносовых пазух, полости носа. Однако, остеомеатальный комплекс, переменную анатомию лобного кармана достаточно трудно оценить со стандартными коронарными и аксиальными срезами.

В начале XXI в. на рынке диагностического оборудования появился новый компьютерный томограф, предназначенный непосредственно для обследования головы и шеи — так называемый «цифровой объёмный томограф для обследования головы и шеи». Принципиальное отличие его от последовательных и спиральных КТ заключается в том, что генерируемый луч коллимируется в виде конуса и для сканирования вместо тысяч точечных детекторов используется один плоскостной сенсор. За время исследования излучатель работает непрерывно, а с сенсора несколько раз в секунду считывается информация. После этого информация обрабатывается в компьютере, и восстанавливается виртуальная трёхмерная модель сканированной области.

К преимуществам конусно-лучевого компьютерного томографа для исследования головы и шеи относятся: компактный дизайн аппарата; низкая лучевая нагрузка (примерно в 4 раза меньше, чем при обычной компьютерной томографии), что позволяет использовать её неоднократно у одного пациента; более высокая скорость сканирования (10 с), позволяющая получать значительно более чёткие изображения с меньшими погрешностями от физиологических движений; быстрая реконструкция изображения (< 1 мин); отсутствие артефактов от металлических инородных тел; первичный трёхмерный характер изображения; возможность получить произвольное сечение зоны интереса и любую проекцию исследования; вертикальное позиционирование пациента, что, несомненно, более комфортно. Также надо отметить, что толщина среза, которая задаётся изначально, ограничена в меньшую сторону только размером вокселя.

Благодаря программе *i-CAT vision*, отоларинголог совместно с врачом лучевой диагностики может участвовать в построении необходимых ему срезов для оценки предоперационного риска и определении объёма предстоящего хирургического лечения. Имея в своем арсенале такой точный, специфичный и чувствительный диагностический инструмент, отоларинголог может не только своевременно определить наличие или отсутствие поражения лобных пазух, но также получает возможность выявить возможные предпосылки к хронизации процесса и вовремя устранить их. Всё вышеперечисленное говорит о необходимости перехода на иной, более качественный уровень диагностики патологии лобных пазух, когда DVT-диагностика будет первичной.

E-mail: kristina10@rambler.ru

А.Г. Волков, В.Г. Жданов*, Т.В. Золотова, В.В. Киселёв

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РОСТОВСКОЙ ЛОР-КЛИНИКЕ Ростовский государственный медицинский университет

В современных условиях отмечается рост числа больных с патологией носа и околоносовых пазух. Исход этих заболеваний во многом зависит от своевременной и правильной организации помощи этим больным.

Цель исследования: анализ заболеваемости при патологии носа и околоносовых пазух и определение этапов организации помощи ринологическим больным по материалам Ростовской ЛОР-клиники.

Материалы и методы. Проведён анализ историй болезней за 2008 г. больных трёх ЛОР-стационаров — 1 и 2-го отделений для взрослых и ЛОР-отделения для детей Городской больницы № 1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону, которые являются базой ЛОР-кафедры РостГМУ и называются ЛОР-клиникой.

Результаты. В Ростовской ЛОР-клинике осуществляется круглосуточная экстренная помощь населению города и области и плановая специализированная помощь взрослым и детям. Процент больных, госпитализированных по экстренной помощи в 2008 г., оказался высоким — 89%. Число больных, обратившихся в приёмное отделение за год, составило 14199 человек. В круглосуточных стационарах 1-го и 2-го ЛОР-отделений пролечено 4279 больных, из них заболевания носа, околоносовых пазух и носоглотки составили 67,8%, в дневном стационаре — 44,1%. Хирургическая активность в стационаре для взрослых составила 80,5%. В Детском ЛОР-отделении за год пролечено 2270 детей, в дневном стационаре — 804, до 75% больных госпитализировано в порядке неотложной помощи, хирургическая активность — 47,5%.

По всем трём отделениям отмечается отчётливая тенденция к ежегодному росту числа больных ринологического профиля. Значительную долю составляют больные с параназальными синуситами. Особенно увеличилось за последние 10 лет число фронтитов, что является особенно-стью региона. Помимо традиционных методов лечения — перемещений лекарственных веществ, пункций верхнечелюстных пазух, введения стационарных дренажных трубок, по показаниям проводилось дренирование пазух при помощи «ЯМИК-системы», нормобарическая оксигенация, зондирование клиновидных пазух. Больным с параназальными синуситами при необходимости проводили эндоскопическую ревизию пазух, хирургическую коррекцию перегородки носа, вазотомию нижних носовых раковин, полипотомию носа, аденотомию.

Выводы. Наиболее эффективно поэтапное оказание помощи больным ринологического профиля: первый этап — диагностические мероприятия в приёмном отделении, включая исследование с использованием эндоскопа, рентгенографию или компьютерную томографию, определение показаний к амбулаторному или стационарному лечению; второй этап — консервативное лечение в стационаре, включающее местное воздействие, противовоспалительную терапию, иммунорекоррекцию; при неэффективности, третий этап — хирургическое лечение: щадящее эндоскопическое вмешательство или — при наличии осложнений — традиционная риносинусохирургия. Своевременное лечение, индивидуализированное адекватно состоянию больного ринологического профиля, способствует выздоровлению в минимальные сроки, сокращает время пребывания на койке, предотвращает осложнения.

E-mail: cehhin@aanet.ru

М.И. Говорун, И.Г. Бабенкова, В.И. Корнюшко **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Многие заболевания ЛОР-органов связаны с патологическими изменениями в функционировании вегетативной нервной системы (ВНС). Заболевания носа и околоносовых пазух стоят на первом месте среди оториноларингологических патологий, причиной которых часто являются нарушения в работе ВНС. Таким образом, оценка состояния ВНС важна для диагностики и лечения данных патологических состояний ЛОР-органов. Но в клинической практике диагностика нарушений в работе ВНС осуществляется чаще всего субъективными методами исследования, что снижает информативность полученных результатов.

В настоящее время существует метод объективного и достоверного исследования ВНС — метод пупиллометрии. Данное диагностическое исследование широко используется в нашей клинике. Пупиллометрия — это метод объективного исследования зрачковых реакций, применяется для регистрации величины зрачка и динамики её изменения. Пупиллометрия может проводиться

с специализированных установках. Исследование проводят по определённой методике, в положении больного сидя и лёжа.

В результате исследования получают следующие количественные данные: время сокращения зрачка на световой стимул, размеры площади и диаметра зрачка в темноте и на свету; также рассчитывают итоговый параметр — пупиллометрический рефлекс (ПР). ПР вычисляется по формуле: $ПР = (S_T - S_C) / (S_T + S_C) \%$; где S_T и S_C — площади зрачков в темноте и при световой стимуляции. Проводят оценку результатов для положения — сидя и лёжа (отдельно). Сравнивается не только показатель ПР с параметрами нормы: также важно оценить все количественные показатели теста.

В проведённых исследованиях нами было выявлено, что нормальный показатель ПР находится в пределах от 30% до 40%. У пациентов с преобладанием парасимпатической нервной системы показатель ПР выше 40% и более. Коэффициент ПР ниже 30% позволяет зарегистрировать усиление влияния на организм симпатической нервной системы. В ряде исследований нами были выявлены изменения только в одном положении ПР, другой параметр оставался в пределах нормы. Данные изменения характерны для дисфункции в работе ВНС. У части обследованных пациентов были выявлены изменения количественных показателей (площади и диаметры зрачков в темноте и при световой стимуляции, или времени сокращения зрачка). Анализ данных доказал, что у данной категории больных имеются скрытые нарушения в содружественной работе симпатической и парасимпатической нервной системы, с преобладанием одной из систем. Данные патологические изменения также нуждаются в лечебной коррекции.

Таким образом, полученные данные могут быть использованы в комплексном обследовании и лечении больных с заболеваниями, связанными с нарушениями ВНС (при назначении физиотерапевтического и медикаментозного лечения).

E-mail: lor_vma@mail.ru

М.И. Говорун, А.В. Раковский, А.И. Луцевич **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАТЕКСНОГО** **ТКАНЕВОГО КЛЕЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ** **ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПЕРЕГОРОДКЕ** **НОСА**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Интенсивная работа в направлении использования тканевого клея вместо швов или в дополнение к ним для достижения герметизации соединений, меньшей травматизации прилежащих тканей, остановки кровотечения ведётся с 50-х гг. XX в. Среди раневых покрытий, предлагаемых для применения в оториноларингологии, можно выделить биологические и синтетические клеи и плёнки. Биологические клеи используются в оториноларингологии, например фибриновый, однако, ряд факторов сдерживают его широкое применение.

ЛТК получен на основе акрилатного латекса путём коррекции pH при использовании водного раствора гидроксида натрия со стабилизацией на уровне 7,1–7,4, в качестве загустителя композиции использовался поливиниловый спирт. Более того, в композицию включены антисептик диоксида и гемостатический препарат с антиферментными свойствами — аминокпроновая кислота.

В клинике отоларингологии ВмедА латексный тканевой клей использовался в 12-ти случаях для склеивания листков слизистой перегородки носа во время септумоперации под местной анестезией *Sol. Ultracaini DC 7,0* по поводу искривления перегородки носа. После удаления искривлённой части перегородки выполнялся гемостаз раневой зоны марлевыми турундами. Клей наносился на ткани с помощью колонковой кисточки в объёме 0,2–0,3 мл на 1 см в виде тонкого слоя, покрывая всю раневую поверхность. Полимеризация клеевой композиции происходила в течение 5–7 мин при температуре тела.

Неприятных ощущений, чихания, раздражения, неприятного запаха, гиперсаливации, реактивного слезообразования, слезотечения больные не отмечали. Замечен хороший гемостатический и адгезивный эффект при нанесении ЛТК. Во всех случаях рана слизистой преддверия носа слева не ушивалась, выполнялась передняя петлевая тампонада носа по Воячку. В 9-ти случаях тампоны были удалены через сутки. Реактивные воспалительные явления в раннем послеоперационном периоде были умеренными в виде незначительного отёка и гиперемии слизистой носа в течение 2–3 дней без существенного нарушения обоняния и носового дыхания. В трёх случаях тампоны были удалены через 2 часа после операции, в течение трёх дней сохранялись выраженный отёк и гиперемия слизистой с затруднением носового дыхания. Во всех случаях больные получали сложную мазь в нос 3 раза в день. Носовое дыхание и обоняние восстанавливались на пятые сутки. Сроки эпителизации ран существенно не отличались от стандартных.

Применение клея ЛТК показало его эффективную адгезию к раневой поверхности и слизистой оболочке, хорошие гемостатические свойства. В сравнении с общепринятыми методами достигается более раннее восстановление носового дыхания, уменьшение вероятности возникновения гематомы перегородки носа, что приводит к улучшению качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. Отсутствие раздражающего, токсического действия, отсутствие запаха являются важными свойствами, позволяющими применять клей на слизистой оболочке верхних дыхательных путей.

E-mail: lor_vma@mail.ru

А.О. Гусан, А.Х. Ламкова **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КИСТ** **ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ**

Кафедра оториноларингологии-хирургии головы
и шеи Медицинского института КЧГТА, Карачаево-
Черкесская республиканская клиническая
больница

Целью нашей работы явился анализ распространённости кист верхнечелюстных пазух, среди больных, госпитализированных с патологией этой пазухи.

Проведён ретроспективный анализ статистических данных по больным, находящимся на лечении в ЛОР-отделении республиканской больницы за последние 5 лет. За это время в отделении находилось 106 больных с диагнозом киста верхнечелюстной пазухи, что составило 4,9% от всех больных с заболеваниями околоносовых пазух. Распределение больных по полу было с небольшим преимуществом мужчин — 57 (53,8%). 67% больных были в возрасте от 20 до 39 лет. Количество больных с длительностью заболевания до года составило 10 ч (9,4%); от 1 года до 3 лет — 36 ч (34%); до 5 лет — 32 ч (30,2%), у остальных больных установить сроки начала заболевания не представлялось возможным.

Диагноз был установлен на основании жалоб больных на головную боль, боль в области проекции верхнечелюстной пазухи, затруднённого носового дыхания, слизистых выделений из носа, спонтанного отделяемого из носа желтоватой жидкости и обнаружения на обзорной рентгенографии околоносовых пазух или КТ округлых образований с чёткими ровными краями (90,6%). В 84,9% случаев эти образования располагались в нижних отделах пазухи. У 10 больных (9,4%) имело место нечёткое нарушение прозрачности верхнечелюстной пазухи, что послужило основанием для проведения им дополнительного рентгеноконтрастного исследования. По нашим данным, кисты обнаруживались примерно одинаково с обеих сторон, а у 21 больного (19,8%) наблюдались одновременно и в правой и в левой верхнечелюстных пазухах.

Лечение кист при наличии клинических проявлений хирургическое, очень важно при этом одновременно нормализовать имеющиеся аномалии внутриназальных структур.

А.О. Гюсан, А.Х. Ламкова ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Кафедра оториноларингологии — хирургии головы и шеи Медицинского института КЧГА, Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, г. Черкесск, Россия

Цель работы: клиническая оценка применяемых хирургических методов лечения кист верхнечелюстной пазухи.

Методом типичных радикальных операций на верхнечелюстной пазухе по Калдвелл–Люку или в модификации А.Ф. Иванова было прооперировано 45 больных (42,5%). Однако, как было установлено, при кистах верхнечелюстных пазух редко нарушается функция естественного отверстия и практически всегда отсутствует гнойное отделяемое, поэтому такой объём вмешательства нерационален. В связи с этим в последующем всем больным с кистами верхнечелюстных пазух применены щадящие виды гайморотомии, без наложения соустья с нижним носовым ходом и без выскабливания слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

Очень существенным считаем одновременное устранение анатомических аномалий строения полости носа, которые обнаружены нами практически у всех больных с кистами верхнечелюстных пазух. Так, у 54 больных (50,9%) отмечалась деформация перегородки носа, у 48 (45,3%) обнаружены различные аномалии остиематального комплекса (крючковидного отростка, средней носовой раковины, повышенная пневматизация большого решётчатого пузырька, буллёзная носовая раковина и др.). Последнее обстоятельство подтверждает мнение ряда авторов (Г.З. Пискунов с соавт., 2003), связывающих возникновение кист околоносовых пазух с аномалиями внутриносовых структур и нарушениями аэродинамики в полости носа и околоносовых пазухах.

Рецидивов заболевания за указанное время не наблюдали, что даёт основание считать применение щадящих методов хирургического вскрытия верхнечелюстной пазухи с последующим проведением коррекции аномалий внутриносовых структур наиболее целесообразными в плане проведения хирургического лечения кист этой околоносовой пазухи.

Я.В. Деточка, А.С. Лопатин МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ЭКССУДАТИВНОМ ОТИТЕ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Москва. Клиника болезней уха, горла и носа
ММА им. И.М. Сеченова

Введение. Актуальность проблемы лечения пациентов с рецидивирующим экссудативным отитом (РЭСО) в настоящее время определяется значительным подъёмом частоты возникновения данного заболевания. Важную роль в развитии РЭСО играет длительное нарушение функций слуховой трубы (СТ), её неудобное анатомическое расположение и сложный механизм функционирования. Хирургическое лечение должно быть щадящим, поскольку любое грубое воздействие на СТ может привести к развитию рубцового процесса в её просвете. Таким образом, понятно то внимание, которое уделяется выбору методов обследования и хирургического лечения пациентов с длительной дисфункцией СТ и РЭСО.

Цели исследования: оценить диагностическую ценность эндоскопического исследования полости носа и носоглотки, компьютерной томографии (КТ) слуховых труб, выполненной на пробе Вальсальвы. Оценить эффективность лазерной хирургии СТ.

Материалы и методы. С 2007–2008 гг. обследовано 25 пациентов с РЭСО и дисфункцией СТ. Женщин — 10, мужчин — 15, в возрасте от 30 лет до 71 года. У 20 больных процесс был односторонний, у 5 — двусторонний.

Всем пациентам проводилось стандартное оториноларингологическое обследование, эндоскопия полости носа и носоглотки. При отоскопически и аускультативно отрицательной пробе Вальсальвы пациентам проводилась компьютерная томография СТ (10 случаев). Исследование выполнялось при пробе Вальсальвы, на мультиспиральном (двухфазном) компьютерном томографе Philips MX8000, в режиме высокого разрешения с толщиной среза 1 мм.

При эндоскопическом исследовании выявлялась следующая сопутствующая патология: искривление перегородки носа, анатомические изменения, связанные с сопутствующим полипозным риносинуситом и ранее проведёнными хирургическими вмешательствами, гипертрофия тубарного валика на стороне поражения, неполная двусторонняя атрезия хоан, односторонняя неполная атрезия, рубцовые изменения в области тубарного валика после аденотомии, атрофические процессы полости носа. В шести случаях явных изменений полости носоглотки и тубарных валиков не выявлено.

Проводилось хирургическое лечение — лазерное шунтирование барабанной полости или лазерное воздействие на область тубарного валика глоточного устья слуховой трубы. Использовался хирургический лазер на эрбий-активированном волокне ЛС-1,56. В послеоперационном периоде проводилось стандартное лечение.

Выводы. Эндоскопическое исследование позволяет оценить состояние анатомических структур полости носа и носоглотки, выбрать тактику хирургического лечения и провести его под эндоскопическим контролем, осуществлять динамическое наблюдение в послеоперационном периоде. КТ СТ, выполненная на пробе Вальсальвы, позволяет без введения контраста выявить случаи её проходимости даже при отоскопически и аускультативно отрицательной пробе, визуализировать рубцовые изменения, спайки на протяжении хрящевого отдела СТ, рубцы в области глоточного устья, что позволяет прогнозировать эффективность планируемого хирургического лечения.

Лазерное воздействие на область тубарного валика оказывается эффективным в случае отсутствия грубых анатомических и воспалительных изменений в полости носа. В случае выраженной сопутствующей патологии лазерная хирургия СТ не приводит к полному излечению, но позволяет продлить период ремиссии или перевести упорное течение РЭСО в состояние евстахиита. Лазерное шунтирование барабанной перепонки не приводит к полному восстановлению функции СТ. После закрытия перфорации, особенно при патологии в полости носа, как правило, происходил рецидив экссудативного среднего отита.

E-mail: yalex206@yandex.ru

К.Г. Добрецов (1), В.Ю. Афонькин (1),
С.В. Столяр (4, 5), В.П. Ладыгина (3),
А.В. Сипкин (1), К.В. Пуртов (2), О.А. Баюков
(4, 5), О.А. Коленчукова (6), А.С. Лопатин (7)

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОЧАСТИЦ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

1 — Дорожная клиническая больница на станции Красноярск;
2 — Институт биофизики СО РАН, г. Красноярск;
3 — Международный научный центр исследований экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН, г. Красноярск;
4 — Сибирский федеральный университет, г. Красноярск;
5 — Институт физики СО РАН, г. Красноярск;
6 — НИИ Медицинских проблем севера СО РАН, г. Красноярск;
7 — Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель исследования: изучение поведения магнитных наночастиц в эксперименте и их способности к переносу

лекарств для дальнейшего использования в лечении воспалительных процессов носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы. Магнитные наночастицы (минералы ферригидрата $5Fe_2O_3 \cdot 9H_2O$) были получены в результате культивирования бактерий *Klebsiella oxytoca*, выделенных из сапропеля озера Боровое Красноярского края.

Для определения управляемости наночастиц использовали аппарат «Полус-101», (с градиентом 4–6 мТл/мм и величиной магнитной индукции 10,14–19,56 мТл).

Материалом исследования являлась удалённая слизистая оболочка носа, хрящевая и костная ткань перегородки носа 30 пациентов после ринохирургических вмешательств (3 серии опытов по 10 экспериментов в каждом). В серии 1 кусочки тканей помещались в колбу с диспергированными в физиологическом растворе наночастицами на 20 мин; в серии 2 и 3 кусочки хрящевой и костной тканей погружались в колбу с диспергированными наночастицами и выдерживались в магнитном поле, созданном аппаратом «Полус-101» в течение 20 и 40 мин соответственно. Для обнаружения наночастиц в тканях при гистологическом исследовании использовалась реакция Перлса ($\times 100$).

При изучении бактерицидных свойств магнитных наночастиц, ассоциированных с антибиотиком, использовали полусинтетический пенициллин широкого спектра действия — ампициллин в дозе 250 мг. Исследование антибактериальной и бактерицидной активности магнитных наночастиц с ампициллином проводилось на средах, обсеменённых *S. aureus* и *E. coli* в 10 опытах. Посев проводили методом серийных разведений. Количество микроорганизмов подсчитывали по формуле Коха.

Результаты. В серии 1 при изучении управляемости наночастиц было определено, что наночастицы не проникают в слизистую оболочку, в хрящевую и костную ткани. При воздействии на ткани магнитным полем в течение 20 мин (серия 2) активность железосодержащих наночастиц значительно усилилась. Под действием градиента магнитного поля нановещества диффузно проникли в толщу слизистой оболочки, хряща и кости. Это даёт основание полагать, что наночастицами можно управлять с помощью магнитного поля. Следует отметить и то, что, несмотря на увеличение времени магнитного воздействия вдвое, в 3 серии эксперимента, заметного увеличения железосодержащего вещества в тканях не наступило.

При изучении чувствительности *S. aureus* и *E. coli* к ампициллину с наночастицами в дозе 250 мг было выявлено отсутствие роста культуры во всех опытах так же, как и в контрольной группе.

Выводы:

1. Внешнее магнитное поле позволяет осуществлять направленный транспорт магнитных наночастиц в ткани носа.

2. Комплекс «наночастица — антибиотик» является стабильным и обладает бактерицидными свойствами.

Положительные результаты экспериментальных исследований магнитных наночастиц создали предпосылки для их дальнейшего изучения и использования в лечении воспалительных процессов носа и околоносовых пазух.

Работа поддержана при финансовой поддержке гранта РФФИ-ККФН 09-04-98038-р_сибирь_a.

E-mail: ekdbretsov@rambler.ru

В.И. Егоров, А.В. Козаренко **К МЕТОДИКЕ ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИЙ** **ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого МО РФ», г. Красногорск

С перфорациями перегородки носа встречается любой практикующий оториноларинголог. Генез их различен: профессиональные факторы, посттравматические, нарушения трофики слизистой перегородки носа, системные заболевания, постоперационные. Последние обычно имеют ятрогенное происхождение. По данным зару-

бежных авторов (Muhammad I.A., Nabil-ur Rahman 2003), перфорация перегородки носа после септум-операции встречается в 5 случаях.

Проблема закрытия перфораций перегородки носа сохраняет свою актуальность. В настоящей работе проведён сравнительный анализ эффективности закрытия интраоперационных перфораций перегородки носа при выполнении септум-операций с 2002 по 2008 г. различными способами: от имплантации аутохряща и «свободной» слизистой нижней носовой раковины до выкраивания пластических слизистых лоскутов (с перегородки носа, дна полости носа и нижней носовой раковины).

Всего под наблюдением находилось 49 человек. Размеры перфораций колебались от 0,2–0,4 см до 1,0–1,5 см. В первом случае абсолютно достаточно «подсадки» аутослизистой — закрытие 100 случаев (хрящ менее эффективен). В остальных — необходимо выкраивание слизистых лоскутов на питающих ножках. Принципиальным является тщательное соприкосновение краёв слизистой, отсутствие избыточного натяжения слизистой и бережное отношение к тканям. Эффективность во второй группе составила 80.

Последние три года при указанных ситуациях используем фибриногено-тромбоцитарную мембрану, полезные свойства которой известны (J. Dauton Keith, Jr., 2004). Её синоним — аутоплазма, обогащённая тромбоцитами и фибрином (Дудка В.Т. с соавт., 2008). Насыщенная тромбоцитами плазма (или) аутогенный тромбоцитарный концентрат, высвобождающий физиологическую смесь факторов роста (цитокины), влияет на остеосинтез и способствует:

- 1) регенерации ткани;
- 2) стимуляции биосинтеза белка и ангиогенеза;
- 3) регуляции иммунных и воспалительных реакций;
- 4) усилению хемотаксиса и пролиферации клеток;
- 5) торможению процесса костной резорбции.

После начала использования фибриногено-тромбоцитарной мембраны, которая укладывалась между листками слизистой перегородки носа и трансплантатом, и при соблюдении ранее указанных хирургических принципов закрытия перфораций перегородки носа, ятрогенных перфораций перегородки носа не имели (22 случая). Таким образом, делаем вывод о клинической целесообразности использования фибриногено-тромбоцитарной мембраны при закрытии интраоперационных перфораций перегородки носа.

E-mail: posta_mia@mail.ru

В.И. Егоров, А.В. Козаренко,
М.А. Головашкина

СИМУЛЬТАНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ **В РИНОЛОГИИ**

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России», г. Красногорск Московской области

Цель работы: показать целесообразность симультантных операций на наружном носе, в полости носа, носоглотке и глотке у пациентов с сочетанной патологией ЛОР-органов, о чём, к сожалению, до сих пор идут дискуссии.

Выполнить операцию с целью коррекции наружного носа и эндоназальных структур, направленных на восстановление дыхательной, обонятельной и других функций носа, способен только оториноларинголог. К сожалению, с 60-х гг. прошлого века сотрудники большинства ЛОР-клиник и отделений прекратили выполнять операции, направленные на устранение деформаций наружного носа. В этих условиях эстетической ринопластикой в нашей стране активнее стали заниматься пластические хирурги. За рубежом во многих странах эту ситуацию исправили, и в настоящее время, например, в США около 85% ринопластик выполняют оториноларингологи, которые одновременно проводят внутриносовые операции для восстановления дыхательной функции и формируют желаемую для пациента форму наружного носа.

Хирургическое лечение храпа и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) не должно ограничиваться одной

увулопалатопластикой. Вмешательство на мягком нёбе действительно необходимо многим больным, но лечение обязательно должно начинаться с устранения препятствий на пути воздушной струи в полости носа и носоглотке. Так как закон Бернулли и формулу Пуазейля «никто не отменял», последнее может рассматриваться как этиопатогенетическое лечение, направленное на устранение одной из непосредственных причин храпа и СОАС путём уменьшения отрицательного давления в глотке при прохождении воздушной струи.

В период с 2005 по 2008 гг. в нашем отделении выполнено 68 риносептопластик, 27 риносептопластик с увулопалатопластикой. При этом мы убедились в частой необходимости, помимо выполнения стандартной увулопалатопластики, вмешательства на боковых стенках глотки, которое нередко выполняем в собственной модификации. Суть её сводится к подслизистой электрокоагуляции боковых мышц глотки путём нанесения параллельных «насечек» № 4–5 с каждой стороны, что в дальнейшем ведёт к рубцовой фиксации движений мягких тканей глотки при дыхании, и, как следствие, ограничению их вибрирования с уменьшением резонаторного эффекта, интенсивности храпа и количества остановок дыхания во сне.

Результаты нашего хирургического лечения следующие: улучшение формы наружного носа в 96% (у 4 пациентов потребовались повторные операции), стабилизация носового дыхания в 100%, улучшение обоняния в 100%, исчезновение или достоверное снижение храпа в 82%, исчезновение эпизодов ночного апноэ в 68%.

Отсюда можно сделать **вывод**, что симультанные операции повышают качество оказания медицинской помощи населению с сочетанной патологией ЛОР-органов, позволяют улучшить качество жизни пациента в перспективе, исключают необходимость этапного хирургического лечения, являются этиопатогенетически оправданным и клинически правильным направлением в хирургии головы и шеи, в частности в ринологии.

E-mail: posta_mia@mail.ru

А.Н. Зинкин, М.М. Сергеев ИСХОДЫ РИНОСИНОСУГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель: изучение исходов лечения внутричерепных риносинусогенных осложнений у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 48 пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет, лечившихся с 1993 по 2007 гг. в ЛОР-отделении детской краевой клинической больницы г. Краснодара.

Результаты. Острые синуситы явились причиной внутричерепных осложнений у 44 детей, при этом в процесс вовлекались несколько пазух почти у 90% из них. Экстрадуральный абсцесс диагностирован у 5, менингит (в двух из 10 случаев — серозный), менингоэнцефалит — у 6, субдуральная эмпиема — у 12, тромбоз кавернозного синуса — у 8, абсцесс головного мозга — у 7 человек.

В 44 случаях проведена экстренная экстраназальная этмоидо-, гайморо- и (или) фронтотомия с обнажением твёрдой мозговой оболочки передней черепной ямки. При этом у 12 пациентов осуществлено полное удаление церебральной стенки и слизистой оболочки поражённого лобного синуса (двоим из них выполнена пластика лицевой стенки лобной пазухи пластинами из никелида титана). В трёх наблюдениях церебральная стенка лобной пазухи не удалялась, а ликвидация гнояника осуществлялась одновременно с нейрохирургом. У 1 пациента с острым фронтитом и серозным менингитом санация гнойного очага достигнута с помощью трепанопункции поражённой пазухи и системной антибактериальной терапии.

После проведения хирургического вмешательства всем больным проводили комплексное медикаментозное лечение в отделении интенсивной терапии. Непосредственные результаты лечения оказались оптимистичными:

45 человек выздоровели, и лишь у троих детей наступил неблагоприятный исход — 2 умерли, у 1 констатировано вегетативное состояние. Качество жизни при выписке было снижено у 9 из выздоровевших: у 4 сохранялись неврологические нарушения в виде гемипареза, у 3 имели место нарушения речи, 1 страдал булимией и снижением интеллекта, и у 1 отмечалась назоликворея.

Отдалённые результаты изучены у 43 человек: у 32 больных — путём обследования и у 11 пациентов — посредством анкетирования. В результате анализа отмечено, что у 7 детей через 3–10 (в среднем — 5, 7) лет возник рецидив фронтита, потребовавший реоперации. Мукопицелле лобной пазухи зарегистрировано у 3 человек. У 12 пациентов с тотальной резекцией церебральной стенки лобной пазухи рецидивов синусита не было. При осмотре через 1 год и более у них не найдено признаков поражения пазух, а при КТ-исследовании установлена краниализация лобного синуса. Пластика лицевой стенки, проведённая двум пациентам пластинами из никелида титана, позволила добиться хороших косметических результатов. Во всех случаях с оставшейся при выписке неврологической симптоматикой указанные симптомы полностью регрессировали в течение года. У больного с назоликвореей развился рецидивирующий риногенный менингит, что потребовало закрытия ликворного свища на основании черепа. Указанная операция привела к полному выздоровлению ребенка. Пациент с апалическим синдромом через год умер.

Выводы. Своевременное проведение экстренной радикальной расширенной операции при риносинусогенных внутричерепных осложнениях с последующим лечением в условиях отделения интенсивной терапии позволило добиться благоприятного исхода у 96% больных. Тотальная резекция церебральной стенки, сочетающаяся с тщательным удалением слизистой оболочки лобной пазухи, позволяет избежать «болезни оперированной пазухи» и даёт наилучшие результаты в виде краниализации пазухи.

E-mail: anzinkin@yandex.ru

Д.В. Калинин, В.П. Быкова РАСПОЗНАЮЩИЕ РЕЦЕПТОРЫ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА В ОРГАНАХ МАЛТ-СИСТЕМЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ФГУ «НКЦ Оториноларингологии Росздрава», г. Москва

Согласно современным представлениям, функционирование адаптивного иммунитета млекопитающих целиком зависит от врождённой иммунной системы. Встреча с патогеном, распознавание его антигенной структуры и первый ответ реализуется механизмами врождённого иммунитета. Система врождённого иммунитета посредством паттерн-распознающих рецепторов (*pattern recognition receptors, PRR's*) взаимодействует с консервативными молекулярными структурами, специфическими для каждой группы возбудителей (*pathogen associated molecular patterns, PAMP's*). Результатом этого взаимодействия является образование различных мессенджеров для запуска иммунного ответа: ядерный фактор κВ (nuclear factor κB, NF-κB) и др. Адаптивный же иммунитет включается последовательно и отсроченно и находится под полным контролем врождённой иммунной системы (Medzhitov R., 2001; Medzhitov R. et al 2005; Barton G. 2008).

По последним литературным данным, экспрессию рецепторов врождённого иммунитета обнаруживают в эпителии различных органов и систем (Kawai T., Akira S., 2007; Gribar S., Richardson W., et al 2008; Lange M., Lasiter J., et al 2009). Поэтому изучение механизмов врождённого иммунитета во вторичных органах иммунной системы, и, в частности, в лимфоидных органах глоточного кольца Вальдейера, представляется весьма актуальным.

Целью нашего исследования явилось определение экспрессии рецепторов врождённой иммунной системы в аденоидах у детей (возраст 2–18 лет), оперированных по поводу хронического аденоидита. Морфологическими методами оценивались реактивные изменения воспалительного характера в ткани глоточной миндалины.

Степень воспалительно-реакции оценивалась по лейкоцитарному присутствию (CD15), представительствам Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций (CD3, CD5, CD8, CD23, CD79a), результаты сопоставлялись с экспрессией рецепторов врождённого иммунитета (TLR2, TLR4, TLR9) и ко-стимуляторов для рецепторов врождённого иммунитета (CD14). Проллиферация элементов лимфоидного ряда по Ki67.

Нами показана экспрессия TLR9 клетками респираторного эпителия глоточной миндалины, эндотелием сосудов, особенно вен с высоким эндотелием, фагоцитами, гранулоцитами и дендритными клетками реактивных фолликулов. Наиболее высокая экспрессия TLR9 наблюдалась в клетках респираторного эпителия глоточной миндалины детей первой возрастной группы (от 0 до 4 лет).

О.В. Кокорина

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Современные знания в области клинической фармакологии позволяют определять основные клинические принципы рационального выбора, назначения лекарственных препаратов, что заставляет обдуманно подходить к назначению тех или иных лекарственных препаратов. Антибиотикопрофилактика (АБП) проводится с целью снижения частоты послеоперационных хирургических инфекций.

Операции на полости носа и околоносовых пазухах относятся к группам «условно-чистых» и «загрязнённых», с риском развития послеоперационных осложнений 7–15% и 15–25% соответственно. Кроме этого, в полости носа в послеоперационном периоде 48 ч находятся марлевые тампоны. В указанной группе операций АБП проводится по кратковременной схеме: за 30–40 мин до операции и далее в течении 48 ч на период нахождения тампонов в полости носа.

При выборе антибиотиков, учитывая эффективность в отношении наиболее важных возбудителей, низкую токсичность, простоту назначения, низкую стоимость, минимальные экологические последствия (резистентность), предпочтение отдаётся цефалоспорином I–II поколений (цефазолин 2 г, цефуросим 1,5 г) или защищённым аминопенициллинам (амоксциллин/клавуланат — Аугментин 1,2 г, Амоксиклав 1,2 г).

E-mail: lor_vma@mail.ru

Т.А. Машкова, А.В. Исаев К ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЛОБНО-НОСОВОГО СООБЩЕНИЯ

Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования: изучение топографо-анатомических особенностей лобно-носового сообщения (ЛНС) в структуре остиомеатального комплекса (ОМК).

Исследование выполнено на 61 лобно-решётчатых блоках, взятых от трупов людей обоего пола, в возрасте от 25 до 77 лет, причина смерти которых не была связана с заболеваниями носа и околоносовых пазух. В работе использовались общепринятые топографо-анатомические методы исследования (сагиттальные срединные распилы головы, макроскопическое препарирование).

На 35 препаратах (57,4%) обнаружена рецессуальная форма ЛНС. Апертура лобной пазухи открывалась в лобную бухту, то есть кпереди от полунной расщелины, которая заканчивалась слепо. При этом передней границей апертуры лобной пазухи служит валик носа, задней — верхний край крючковидного отростка, медиальной — средняя носовая раковина. На 20 (32,8%) препаратах установлена инфундибулярная форма ЛНС. Апертура лобной пазухи открывалась в воронку. Полунная расщелина плавно переходит в носовую часть лобной пазухи.

Переднюю границу апертуры образует задняя поверхность крючковидного отростка, задней границей является большой решётчатый пузырь, медиальной границей служат костные перемычки между крючковидным отростком и большим решётчатым пузырьком. Медиальнее перемычек лежит средняя носовая раковина. На 6 (9,8%) препаратах выявлена ретробуллярная форма ЛНС, при которой передней границей апертуры является большой решётчатый пузырь, задней — ячейки решётчатого лабиринта, прилежащие ко дну лобной пазухи, медиальную границу образует средняя носовая раковина.

До настоящего времени было известно три типа ЛНС, причём наиболее часто встречаемый — инфундибулярный тип — считался классическим. Полунная расщелина за весь период изучения лобных пазух считалась обязательной составляющей и важнейшим топографо-анатомическим ориентиром ОмК и, в частности, латеральной стенки полости носа человека.

В ходе исследований установлен неизвестный ранее вариант взаимоотношений структур ОмК полости носа человека, при котором крючковидный отросток и большой решётчатый пузырь представляют собой единое пневматизированное образование решётчатой кости — большой решётчатый крючковидный пузырь. Нами впервые установлена возможность отсутствия полунной расщелины, что исключает вариант инфундибулярной формы сообщения лобной пазухи с полостью носа (открытие № 242, Российская Федерация. Анатомическое образование решётчатой кости человека — большой решётчатый крючковидный пузырь, *bull. ethmoidalis uncinata* / Т.А. Машкова, А.В. Исаев; заявитель ВГМА им. Н.Н. Бурденко; опублик. 7.10.2002, Научные открытия. — М., 2004. — Вып. 2. — С. 44–46).

Таким образом, проведённые исследования позволили расширить представления о топографической анатомии ЛНС в структуре ОмК, что, по нашему мнению, может служить клиницисту основой эндоназальных эндоскопических вмешательств у больных фронтитом.

E-mail: nikiforova@okb.vrn.ru

К.И. Нестерова*, Ю.А. Кротов*, И.Н. Одарченко, М.В. Подойников**, И.А. Нестеров*****

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА (НУЗ) В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В РИНОЛОГИИ — ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

*Омская гос. мед. академия;

**Омская областная клиническая больница;

***Детский КДЦ ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ», г. Москва

Современное понимание вопроса борьбы с хирургической инфекцией в оториноларингологии предполагает наличие ряда основных причин её формирования, где ведущую роль играет бактериальный фактор и факторы местного иммунитета.

Цель: изучение цитологических показателей состояния слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (ВЧП) при струйно-аэрозольной обработке с использованием НУЗ.

Материалы и методы. В Омской ЛОР-клинике разработан способ послеоперационного ведения открытых ран околоносовых пазух. Устройство для НУЗ струйно-аэрозольной обработки раневой поверхности оперированных пазух содержит генератор колебаний, акустический узел, соединённый с концентратором, снабжённым штуцером для подведения лекарственного препарата заданной дисперсности 15–20 мкм. Через осевое отверстие волновода-концентратора струя полученного аэрозоля поступает на костно-раневую поверхность, и электроотсосывателем для удаления излишнего количества раствора и избегания кавитационного потока в оперированных пазухах, который мог бы нагнетать промывные

воды из пазух через дегисценции в область неинфицированных тканей.

Нами проведён анализ серий цитогрaмм из 10 пазух на аутопсии людей без патологии верхних дыхательных путей и 20 пациентов интраоперационно в процессе струйно-аэрозольного озвучивания слизистой оболочки при экспозициях: до обработки, через 15–30–60–120 с НУЗ суммарно на все стенки ВЧП. Контрольная группа состояла из 20 пациентов, которым во время операции проводилось промывание пазух тёплым физиологическим раствором или через шприц в течение 30–60–120 с. Через каждый фиксированный интервал выполнялся забор слизи со стенки ВЧП, выполнялась риноцитогрaмма с подсчётом клеточного представительства и среднего показателя деструкции (СПД) нейтрофилов и эпителиальных клеток.

Результаты. Были выявлены следующие закономерности:

1. У не имеющих хронической патологии ВДП в цитогрaмме слизистой оболочки ВЧП обнаружены лимфоциты — от 30 до 40%, нейтрофилы — 50–60%, эозинофилы — 1%, моноциты — 2%, что значительно отличается от клеточной структуры риноцитогрaмм. Клетки цилиндрического эпителия были единичными, клетки плоского эпителия составляли до 3–4%. СПД нейтрофилов и эпителия были низкими — в пределах 0,5–0,7. Микробной флоры не обнаружено.

2. При традиционном промывании при всех экспозициях в цитогрaммах сохранялось большое количество микробных клеток, нейтрофилов, нейтрофилов с повреждённой цитоплазмой и частично повреждённым ядром (2–3 степень деструкции), доля лимфоцитов повысилась на 30%. Во всех пробах сохранялось большое количество эритроцитов. Общепринятое шприцевое промывание пазухи улучшает обзор её стенок, но практически не способствует ни санации.

3. После струйно-аэрозольной обработки слизистой в течение 30 с сохранялись единичные клетки эпителия, лимфоциты, немного эритроцитов. Все клетки без признаков деструкции. На протяжении процедуры изменялся клеточный состав цитогрaммы с увеличением доли лимфоцитов в 1,5 раза и нормализацией СПД. Причём при таком виде НУЗ санации пазухи очищение от нежизнеспособных клеток происходило в 3 раза быстрее, чем при традиционном промывании.

Вывод. Струйно-аэрозольная обработка слизистой оболочки ВЧП способствует высокой степени её санации от бактериальной флоры и нежизнеспособных тканей, восстанавливает структуру слизистой оболочки. Использование НУЗ в гнойной хирургии ЛОР-органов является адекватной профилактикой хирургической инфекции.

E-mail: nesterov_ivan@mail.ru

А.Г. Пажетнев, В.В. Дворянчиков, Б.В. Куц
РИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ
НЕПЕРФОРАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ
 Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
 кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Накопленные данные по результатам микрохирургии уха, исследования функций слуховой трубы в норме и при патологии, усовершенствование технических средств микроскопии и оптической эндоскопии уха, полости носа и носоглотки позволили установить, что ведущую роль в развитии острых средних отитов играет дисфункция слуховой трубы, возникающая на фоне нарушения основных функций носа.

С целью изучения ринотубарной патологии в развитии острых средних отитов было проведено всестороннее обследование 60 больных в возрасте от 18 до 25 лет с различными формами острых средних отитов. При проведении эндоскопических и функциональных исследований контрольную группу составили 10 отоларингологически и ринологически здоровых лиц. Всем больным проводилось рентгенологическое исследование среднего уха и околоносовых пазух. Больным с синуситами в анамнезе —

компьютерная томография носа и околоносовых пазух в коронарной проекции. При необходимости установления сопутствующих заболеваний и для подготовки больного к оперативному вмешательству проводились обследования у других специалистов (офтальмологов, терапевтов, невропатологов, нейрохирургов).

Результаты комплексного обследования регистрировали с помощью специально разработанных протоколов обследования и в дальнейшем использовали для статистической обработки. Комплексное обследование больных проводилось непосредственно при поступлении больного в клинику по мере выздоровления больного.

Результаты исследования показали, что у всех больных с перфоративной формой острого среднего отита имеется та или иная патология полости носа и носоглотки. При перфоративной форме острого среднего отита у 41 больного (83,7% наблюдений) была выявлена деформация перегородки носа (S-образное искривление, шипы, гребни как в хрящевой части, так и в костном отделе перегородки полости носа). У 34 больных (69,4% наблюдений) искривление перегородки полости носа сопровождалось вазомоторными нарушениями кровоснабжения слизистой оболочки нижних носовых раковин. У 5 больных (10,2% наблюдений) изменения слизистой оболочки нижних носовых раковин имели стойкий характер и проявлялись в виде гипертрофического ринита. У 57 больных (95% наблюдений) отмечалось наличие скопления аденоидной ткани в той или иной степени выраженности в области глоточных отверстий слуховых труб.

Из полученных данных можно сделать вывод о том, что имеющийся характер патологических изменений полости носа позволяет говорить о необходимости восстановления нормальных анатомо-функциональных структур полости носа и носоглотки.

E-mail: lor_vma@mail.ru

И.С. Пискунов, Е.Н. Чеглакова
КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНОВИДНЫХ
ПАЗУХ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ИХ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ
 Курский государственный медицинский
 университет, г. Курск

Строение основной пазухи характеризуется выраженной вариабельностью и зависит от степени резорбции клиновидной кости и направления распространения пневматизации. Её анатомо-топографические особенности, а именно, форма, размеры, толщина стенок, наличие дегисценций, расположение естественного соустья, играют значительную роль в формировании хронического воспаления, протекающего с незначительной симптоматикой, но способного вызвать тяжёлые внутричерепные осложнения. До сегодняшнего дня нет систематизированного представления обо всех возможных вариантах строения клиновидных пазух и частоте их встречаемости.

Цель работы: изучить варианты анатомического строения клиновидной пазухи. Нами проведён анализ результатов компьютерной томографии головного мозга и околоносовых пазух у 12065 пациентов, прошедших исследование в отделении компьютерной томографии ОКБ г. Курска за 1996–2006 гг.

Результаты исследования. На основании проведённых исследований мы предложили следующую классификацию клиновидных пазух (в скобках указана частота каждого варианта):

1. Агенезия клиновидной пазухи — пазуха полностью отсутствует (0,27).

2. Гипоагенезия клиновидной пазухи — пазуха определяется в виде зачатка (2,72).

3. Нормально развитая клиновидная пазуха расположена в теле клиновидной кости:

3.1. Клиновидная пазуха расположена в передней трети тела клиновидной кости, не распространяясь далее колена внутренней сонной артерии (соответствует II степени по В.С. Майковой-Строгановой и Д.Г. Рохлину, или преселлярному типу) (18,39);

3.2. Клиновидная пазуха расположена в теле кости, распространяясь под гипофизарной ямкой до сонной борозды на уровне клиновидного язычка (соответствует III и IV степени по В.С. Майковой-Строгановой и Д.Г. Рохлину, или селлярному типу) (59,47);

3.3. Клиновидная пазуха занимает все тело клиновидной кости на своей стороне (соответствует V степени по В.С. Майковой-Строгановой и Д.Г. Рохлину, или постселлярному типу) (18,1).

4. Гипергенезия клиновидной пазухи — пазуха на своей стороне занимает всё тело клиновидной кости и более половины контрлатеральной, в том числе в сочетании с избыточным развитием карманов (1,05).

5. Клиновидная пазуха имеет выступы или карманы, распространяющиеся в отростки или прилежащие кости:

- этмоидальный (0,23);
- максиллярный (3,39);
- супраорбитальный (0,033);
- ростральный (2,40);
- задний или затылочный (0,51);
- верхне-боковой (6,03);
- нижне-боковой (7,98);
- спинки турецкого седла (3,51);
- крыловидный (3,61).

6. Многокамерная клиновидная пазуха (с полными или неполными перегородками) (0,88).

Выводы. Таким образом, очевидно, что клиновидная пазуха весьма вариабельна по анатомическому строению и, помимо основных вариантов, существует множество разновидностей, которые, хотя и не проявляют себя клиническими симптомами, тем не менее, могут создавать условия для атипичного течения патологического процесса, а также усложнить задачи врача при хирургическом вмешательстве и затруднить течение послеоперационного периода. Поэтому крайне важна своевременная диагностика имеющихся вариантов анатомического строения клиновидных пазух, что с успехом позволяет сделать КТ.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**А.Б. Пономарев, М.Г. Лейзерман,
М.В. Гунчиков, Б.В. Старосветский**
**О МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО НОСОВОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ**
**Московский научно-практический центр
оториноларингологии**

Носовое кровотечение является одной из наиболее частых причин госпитализации больных в ЛОР и терапевтические стационары (С.Н. Миронов, В.С. Кузнецов, 1995). По данным разных авторов, частота этой патологии среди госпитализированных больных составляет от 4 до 14% (В.Т. Пальчун с соавт., 1998; Н.В. Бойко с соавт., 1997, 2000).

Следует иметь в виду, что носовое кровотечение может иметь как местные причины, так и общие. В связи с этим чрезвычайно важным остаётся вопрос о выборе тактики и методов лечения носового кровотечения. И если общие причины, приводящие к кровотечению, выясняются и корригируются совместно с терапевтами, гематологами и т.д., то диагностика и лечение местных патологических факторов относятся к компетенции оториноларингологов.

Наиболее часто для остановки кровотечения используют различные варианты тампонады (марлевые, с различными пропитками, вводно-наливные, гидрогелевые, резиновые и т.д.). Учитывая недостатки тампонады, предлагаются и альтернативные варианты лечения. Так, применяются гемостатические губки, химическое, лазерное, радиоволновое воздействие (Б.Л. Французов, С.Б. Французова, 1988; Р.Р. Мачулайтис, 1994; М.В. Гунчиков с соавт., 1998; А.Г. Волков с соавт., 2000). Из последних предложений обращает на себя внимание использование тахокомба, который состоит из коллагеновой пластины, покрытой фибриногеном, тромбином и апротинином. Нам импонирует также «ступенчатый подход» в лечении привычных кровотечений (Н.В. Бой-

ко, 1999), при котором первым этапом выполняется воздействие на кровотокающий участок с целью остановки кровотечения, а вторым, или параллельным, — предупреждение его рецидивов.

Под нашим наблюдением находилось 26 больных с привычными кровотечениями из передних отделов носовой перегородки. В исследование мы не брали больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и с заболеваниями крови, печени, почек. При поступлении больных в стационар мы первым этапом проводили осмотр с использованием стандартных методов, останавливали активное кровотечение при помощи резинового наливного тампона, затем исследовали показатели крови и гемодинамики и консультировали пациента с терапевтом. По истечении 2–4 ч мы осторожно убирали тампон, коагулировали причинный участок слизистой оболочки при помощи радиоволны, а затем прикрывали его пластиной тахокомба. При необходимости мы вновь тампонируем полость носа. Контрольный осмотр осуществляли через 24–48 ч, а затем через 6 и 10 дней. Отдалённые результаты оценивали через 1 год.

Предварительные оценки метода лечения показали его эффективность. В течение первых 10 дней кровотечение рецидивировало только у одного пациента. В процессе годового наблюдения выявлено 2 больных с незначительными однократными кровотечениями, которые купировались пациентами самостоятельно.

Таким образом, предложенный нами вариант лечения привычного носового кровотечения, достаточно эффективен и может быть рекомендован в повседневной практике оториноларинголога.

E-mail: leyzerman@yandex.ru

Д.М. Савватеева, М. Бремке, Й.А. Вернер
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВОЙ
ОБЪЁМНОЙ ТОМОГРАФИИ
В ИССЛЕДОВАНИИ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ
ЩЕЛИ И ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЯМКИ**

**Клиника оториноларингологии, хирургии головы
и шеи. Университет им. Филиппса, г. Марбург,
Германия**

Введение. Цифровая объёмная томография (*Digital volume tomography*) является относительно новым методом исследования заболеваний ЛОР-органов. Она относится к одному из видов панорамной томографии и первоначально использовалась в стоматологии. Во время исследования голова пациента находится между генератором рентгеновских лучей и детектором, который вращается вокруг головы пациента. Основными преимуществами цифровой объёмной томографии является высокое качество изображения и уменьшенная, по сравнению с традиционной компьютерной томографией, доза облучения.

Пациенты и методы. В ретроспективное моноцентровое исследование было включено 111 пациентов. Использовался аппарат *Accu-I-Tomo F17* (Morita, Kyoto, Japan). Пациенты с тотальным полипозом носа и пациенты, перенесшие нефункциональные операции на околоносовых пазухах, были исключены из исследования.

Результаты. При анализе полученных данных была выявлена следующая распространённость вариантов строения обонятельной ямки по Керосу: тип I — 11,25; тип II — 68,05; тип III — 20,7. Выраженная асимметрия обонятельной ямки (разница в 2–3 мм между правой и левой сторонами полости носа) была выявлена у 9 пациентов (8,1). Также была выявлена разница в глубине и ширине обонятельной ямки в передней, средней и задней третях. Ширина обонятельной щели варьировала от 0 до 3,25 мм и в среднем составляла 1 мм.

Дискуссия. Ширина обонятельной щели обычно небольшая и может сильно варьировать. Конфигурация обонятельной ямки также очень вариабельна. В связи с этим чрезвычайно важно проводить пациенту предоперационное лучевое обследование.

Закключение. Цифровая объёмная томография обонятельной области является важной составляющей предоперационной подготовки у пациентов с заболеваниями

носа и околоносовых пазух. Недостаточное знание анатомии этой области может привести к повреждению сидовидной пластинки и окружающих структур с развитием соответствующих осложнений, таких как риноликворея, менингит и потеря обоняния.

E-mail: savvateeva83@yandex.ru

В.И. Садовский, А.В. Черныш, А.А. Сухарев **КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НАРУЖНОГО** **НОСА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ**

**Гомельская областная клиническая больница,
Гомельский государственный медицинский
университет, г. Гомель**

Деформации наружного носа в остром периоде травмы успешно устраняются пальцевой или инструментальной репозицией.

Цель нашего исследования: оценить эффективность модифицированного нами метода остеотомии носа по Ю.А. Устьянову в остром периоде травмы.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились карты 42 больных, находящихся на лечении в ЛОР-отделении ГОКБ в 2005–2008 гг. Им произведены модифицированные нами операции коррекции наружного носа по поводу деформаций (30 мужчин и 12 женщины в возрасте от 8 до 62 лет). Всего по методу Ю.А. Устьянова выполнено за вышеуказанный период 174 операции.

Модификация операции остеотомии Ю.А. Устьянова заключается в сокращении объема операции: отсутствие дополнительных остеотомий (поперечной, срединной), периода ожидания операции. Одновременно с коррекцией наружного носа проводилась и инструментальная коррекция носовой перегородки, как правило, без её удаления или с резекцией отдельных фрагментов. Фиксация костных фрагментов проводилась с помощью гипсовой лонгеты на срок до 8–10 дней постоянно и до 14 дней — накладывание лонгеты на период сна. Большинство пациентов соблюдали предписанный режим.

Длительность деформации составляла: у 11 пациентов — до 2 недель, у 6 — до 3, у 12 — 6–8, у 13 — до 12 недель. Всем пациентам ранее были произведены попытки пальцевой или инструментальной репозиций.

Обсуждение результатов. При выписке форма носа у всех пациентов была восстановлена, через 6 месяцев при контрольном осмотре 31 пациента деформация наружного носа выявлена у 3 больных (9%). Причинами деформаций явились отказ пациента от временной наружной иммобилизации (1), досрочное прекращение фиксации костных отломков (1), дефект операции (1). Степень деформации: незначительная — 1, умеренная — 2.

Таким образом, у большинства пациентов получены хорошие косметические и функциональные результаты при коррекции деформаций наружного носа, как в остром периоде травмы, так и при «застарелых» переломах, репозиция которых ранее проводилась пальцевым и инструментальными методами. Щадящий характер данной методики заключается в отсутствии необходимости разреза слизистой оболочки в преддверии носа (для срединной и поперечной остеотомий).

Ранняя коррекция деформаций наружного носа снимает психическое напряжение, развивающееся у большинства пациентов в период ожидания операции, исключает проведение более сложных операций в отдалённом периоде. Кроме того, боковая остеотомия щипцами Ю.А. Устьянова, как правило, кратковременная, травматизация слизистой оболочки щипцами минимальная: гематомы век, нагноения — редкие явления. Временная нетрудоспособность при использовании данной методики сокращается на 3,1 дня по сравнению с остеотомиами в отдалённом периоде, что даёт существенный экономический эффект. Средняя длительность пребывания пациента в стационаре составляет 5,1 дня, а при операции после консолидации — 8,2 дня.

Выводы:

1. Модифицированный способ коррекции деформаций наружного носа по Ю.А. Устьянову в остром

периоде травмы и застарелых переломов костей носа малотравматичен, технически легко осуществим и требует меньше времени по сравнению с классическими методами.

2. Полученные хорошие косметические и функциональные результаты, сокращение сроков временной нетрудоспособности при использовании модифицированного нами метода остеотомии носа по Ю.А. Устьянову в остром периоде травм позволяют рекомендовать его для широкого внедрения в оториноларингологическую практику.

E-mail: charnysh@open.by

В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев, В.В. Шевцов, Л.Ю. Мусатенко

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РУБЦОВО-ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ НОСА

Приобретённые синехии полости носа (ПН) представляют широко распространённую патологию и часто бывают следствием экстраназальной или эндоназальной травмы. Вызывая в различной степени нарушение носового дыхания, они могут быть пусковым механизмом в развитии заболеваний околоносовых пазух (ОНП) и среднего уха.

Современные методы эндоскопической ринохирургии позволяют улучшить результаты лечения больных с рубцово-обструктивными заболеваниями ПН. Однако частые рецидивы и осложнения операции способствуют постоянному совершенствованию как техники операций, так и используемого инструментария.

Цель исследования: совершенствование способов реконструктивного хирургического вмешательства у больных с рубцово-обструктивными процессами ПН.

Материалы и методы. В ЛОР-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в период с 2000 по 2008 гг. на лечении находилось 136 больных с приобретёнными спайками и синехиями ПН, из них 33 (24,26%) — женщины и 91 (66,91%) — мужчины в возрасте от 16 до 52 лет и 12 детей (8,82%) в возрасте от 3 до 6 лет.

У 9 (6,61%) детей в анамнезе была травма носа, у 1 — удаление инородного тела из левой половины носа, у 2 — химиокаустика сосудов перегородки носа раствором нитрата серебра по поводу носового кровотечения.

У взрослых основной причиной возникновения рубцов и спаек ПН являются травмы, в частности, переломы костей носа. Второй по частоте встречаемости причиной являются операция и манипуляции на ОНП и структурах ПН.

Для удобства выполнения работы и объективной оценки эффективности проводимого лечения наблюдаемые нами пациенты были разделены на две клинические группы. В первую группу вошли 75 больных, у которых был отслежен послеоперационный катамнез. В этой группе рассечение рубцов и спаек ПН проводили с использованием энергии Ho:YAG лазера с длиной волны 2,09 мкм. Вторая (контрольная) группа представлена 27 больными. Всем больным контрольной группы хирургическое лечение проводилось с использованием традиционных методов (с применением выкусывателей, ножниц, зубчатых распаторов и др.).

В ЛОР-клинике МОНИКИ для устранения рубцов и спаек в ПН применяется энергия Ho:YAG лазера. Для устранения синехий использовали эндоскопическую технику, под контролем которой подводили рабочий торец волокна к рубцу. Операцию проводили под местной аппликационной анестезией.

Таким образом, лечение больных с синехиями ПН излучением Ho:YAG лазера характеризуется простотой осуществления, щадящим отношением к тканям, отсутствием осложнений во время и после его проведения. Одним из важных отличий операций по рассечению синехий в ПН лазерным способом от всех применявшихся ранее является отсутствие необходимости в стентировании в большинстве случаев.

E-mail: mjavanshir@mail.ru

*М.В. Субботина, Н.В. Афанасьева,
Н.М. Мейерович, С.И. Басенко,
Г.М. Бардымова, Н.Г. Малкова, М.Л. Прищепо*

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Одним из эпидемиологических показателей заболеваемости является патологическая поражённость — медико-статистическая величина, определяющая совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путём активных медицинских осмотров населения (Лучкевич В.С., Поляков И.В., 2005). Этот показатель, включающий преморбидные формы, рассчитывается как отношение числа заболеваний, выявленных при медосмотре, к числу осмотренных лиц, умноженное на 1000.

Цель нашего исследования: определить распространённость (показатель патологической поражённости — ППП) деформаций носовой перегородки у жителей Иркутской области.

Материал и методы. Деформацию носовой перегородки выявляли при передней риноскопии и с помощью риноманометрии (на алюминиевом заводе). Рассчитывали ППП данным заболеванием по результатам медицинских профилактических осмотров взрослого населения в возрасте от 18 до 60 лет городов Иркутска и Шелехова: 454 работников теплоэлектростанции (ТЭС), 6400 рабочих алюминиевого завода, 280 водителей и трудящихся мебельной фабрики, устраивающихся на работу на ТЭС — 1238 человек и в ГУФСИН — 1880 претендентов. Аналогичные расчёты были произведены для детского населения г. Иркутска, относящегося к поликлинике № 3: 4138 детей (из них от 3 до 6 лет — 638, от 7 до 13 лет — 1256, от 15 до 18 лет — 2244), а также для детей посёлка Алыгджер в Тофаларии (275 детей от 1 до 18 лет), русских и тофов по национальности — коренных жителей Восточной Сибири.

Результаты. Наибольший показатель патологической поражённости для деформации носовой перегородки (ППП ДНП) 360 был выявлен у работников алюминиевого завода, преимущественно мужчин. На этом производстве предъявляются повышенные требования к сохранности носового дыхания из-за наличия вредных условий труда. При устройстве на работу в ГУФСИН показатель был 100. Приказ обязывает принимать на работу в органы исполнения наказаний сотрудников без деформации носовой перегородки. ППП ДНП у нынешних и будущих работников ТЭС был равен 60, у трудящихся мебельной фабрики и водителей — 14. У детей ППП ДНП увеличивался с возрастом и составил: от 3 до 6 лет — 5, от 7 до 13 лет — 17, от 14 до 18 лет — 21. У детей посёлка Алыгджер показатель был 30.

Выводы. Показатель патологической поражённости, описывающий частоту выявления при медосмотрах деформации носовой перегородки, в Иркутской области варьирует от 5 — у детей дошкольного возраста г. Иркутска до 360 — у работников алюминиевого завода. Величина его зависит от тщательности обследования полости носа при медосмотре с использованием риноскопии и риноманометрии, а также от требований приказов, регламентирующих профессиональный отбор.

E-mail: lor-igmu@yandex.ru

*И.А. Шульга, В.С. Полякова, Е.В. Худякова,
Е.А. Васильев, В.М. Карпухин*

ОСОБЕННОСТИ МУКОЦИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

г. Оренбург

Мукоцилиарный транспорт (МЦТ) — одна из важных функций слизистой оболочки полости носа, которая зависит от качественных характеристик секрета бокаловидных клеток, желез слизистой оболочки и от

ресничной функции мерцательного эпителия носовой полости.

Целью данной работы стало изучение МЦТ в различные периоды гестации, у женщин с явлениями ринита беременных, а также выявление морфологических особенностей слизистой оболочки полости носа при беременности в эксперименте, влияющих на параметры мукоцилиарной системы.

Материалы и методы. В клинической части работы исследованы параметры МЦТ при помощи сахаринного теста у 131 женщины репродуктивного возраста. Первую группу составили беременные женщины без признаков ринита в возрасте от 17 до 42 лет, которые были разделены на 3 подгруппы в зависимости от триместра беременности (25, 30 и 17 женщин соответственно). Вторую группу составили 39 обследованных женщин с признаками ринита беременности. 30 ринологически здоровых женщин репродуктивного возраста без признаков беременности составили группу сравнения.

В эксперименте изучена слизистая оболочка носовых раковин 51 беспородных крыс самок в период гестации. Исследования выполнены на световом и электронно-микроскопическом уровнях.

Результаты. В 1 группе женщин были получены результаты сахаринного теста: в I триместре — $7,3 \pm 0,34$ мин, во II триместре — $8,9 \pm 0,25$ мин, в III триместре — $9,2 \pm 0,76$ мин. В I триместре двигательная активность мерцательного эпителия, по сравнению с контролем, достаточно высока, во II и III триместрах параметры МЦТ также выше, чем у небеременных женщин. У женщин с признаками ринита беременных время сахаринного теста составило $13,5 \pm 0,64$ мин, что говорит о замедлении двигательной активности эпителия. В группе сравнения сахаринное время — $11,2 \pm 0,53$ мин. Все полученные данные статистически достоверны ($p < 0,01$).

В экспериментальной части работы было установлено, что в эпителии слизистой оболочки полости носа повышается секреторная активность бокаловидных клеток и желез по сравнению с контролем, что согласуется с данными Торрозادا Н. et al. (1982), отмечающих гиперплазию желез и увеличение количества переполненных секретом бокаловидных клеток у беременных женщин (Torrozada N. et al., 1982). В мерцательном эпителии на апикальных и боковых поверхностях клеток увеличивается количество ресничек и микроворсинок.

Выводы. Полученные данные подтвердили более активную работу мукоцилиарной системы в период беременности. На наш взгляд, это является компенсаторным механизмом для ускоренного освобождения дыхательных путей от различных микроорганизмов, бактериальных и небактериальных аллергенов в условиях физиологической перестройки в период гестации. Однако при явлениях ринита беременных двигательная активность мерцательного эпителия замедляется, что доказывает нестабильность адаптивных механизмов.

3. ХИРУРГИЯ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Х.Т. Абдулкеримов

ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ КАНАЛИКУЛОДАКРИО- ЦИСТОРИНОСТОМИИ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург, Россия

Воспаление слезного мешка (дакриоцистит) в основном происходит от застоя секрета вследствие стойкого сужения слезно-носового канала. Наиболее частой жалобой у этих пациентов является слезотечение (от 6 до 25% всех офтальмологических больных). Несмотря на многовековой опыт лечения дакриоциститов, патология слезотводящих путей и на сегодняшний день остаётся исключительно актуальной, так как она приводит к по-

тере профессиональной пригодности и инвалидизации значительной части популяции трудоспособного возраста. Следует заметить, что до хирургического лечения, подавляющее большинство пациентов данной категории имеют в анамнезе неоднократные бужирования слёзных канальцев (верхний и нижний). Эти манипуляции в последующем нередко приводят к концентрическим рубцам в слёзных канальцах с нарушением доставки слёзной жидкости в слёзный мешок. Поэтому, в некоторых случаях (при рубцовых стриктурах слёзных канальцев) безуспешно выполненные эндоскопические хирургические вмешательства с применением жёстких и гибких оптических систем и микрохирургической техники дают неудовлетворительные результаты.

Цель исследования: оптимизация хирургического лечения больных с дакриоциститами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 17 больных с хроническим дакриоциститом. Из них 6 женщин и 11 мужчин. Критерием исключения были пациенты, у которых слёзные канальцы при зондировании были проходими. Анализируя причины нарушения функции слёзно-носового канала выяснилось, что у 10 лиц в анамнезе имелись травмы лицевого скелета черепа, 7 человек страдали патологией полости носа и ОНП. Все наблюдаемые, до операции подвергались неоднократным бужированиям слёзных канальцев. Предоперационное обследование включало консультацию окулиста, компьютерную томографию ОНП и орбит, а также зондирование слёзно-носового канала.

Всем пациентам была выполнена эндоназальная эндовидеоскопическая каналикулодакриоцисториностомия с одномоментным стентированием слёзных канальцев. Вмешательство выполнялось в положении лёжа и под ЭТН с ИВЛ или местной анестезией. Завершали операцию рыхлой тампонадой области операционной раны узкой маевой турундой на 1 сутки. В послеоперационном периоде в течение 7–14 дней назначали глазные капли, сосудосуживающие капли в нос, а также осуществляли туалет полости носа под контролем риноскопа. Время нахождения больного в стационаре составляло в среднем 3–4 койко-дней.

Результаты. У всех пациентов после операции проходимость слёзных путей была восстановлена, они были выписаны в удовлетворительном состоянии со стентом на 3–6 мес. Сроки наблюдения — до 5 лет. При динамическом наблюдении в течение этого времени полученный лечебный эффект сохранился у всех пациентов.

Выводы:

1. У всех пациентов до операции необходимо выявить проходимость слёзных канальцев.
2. Каналикулодакриоцисториностомия с длительным стентированием слёзных канальцев является методом выбора при непроходимости слёзных канальцев.

E-mail: abdulkerimov@gkb40.ur.ru

**Г.А. Абдурахманов, В.Г. Белоглазов,
Е.Л. Атькова, Э.Р. Юсипова**

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ГУ НИИ глазных болезней РАМН

Несмотря на достижения современной дакриологии, вопросы совершенствования и разработки эффективных методов лечения травматических повреждений слёзных путей являются актуальными, что обусловлено увеличением количества травм, их разнообразием, тяжестью последствий и трудностью диагностики. В настоящее время в решении проблемы восстановления проходимости слезоотводящих путей при их повреждении существуют два хирургических доступа — наружный и внутриносовой, к каждому из которых имеются свои показания и противопоказания. Развитие и внедрение в клиническую практику эндоскопической аппаратуры позволяет шире применять эндоназальную хирургию, а также перевести эндоназальные вмешательства на микрохирургический уровень. Хирургическая тактика определяется необходи-

мостью устранения посттравматических анатомических изменений и непроходимости слезоотводящих путей с восстановлением слезоотведения в полном объёме, а также целесообразностью патогенетически обоснованной ликвидации неблагоприятных ринологических факторов, способствующих развитию заболевания и послеоперационных рецидивов.

Цель: оптимизация хирургических методов лечения посттравматической патологии слезоотводящих путей с использованием микроэндоскопической техники для повышения эффективности операции и снижения частоты рецидивов после хирургического вмешательства.

Материал и методы. За период 2004–2008 гг. в клинике ГУ НИИ Глазных болезней РАМН наблюдалось 93 пациента с посттравматической патологией слезоотводящих путей в возрасте от 16 до 72 лет (59 женщин и 34 мужчин). Всем пациентам проводилось полное офтальмологическое и дакриологическое обследование, микрориноэндоскопия, контрастная рентгенография слезоотводящих путей, КТ или МРТ, с помощью которых определяли объём костных повреждений, форму, величину и положение слёзного мешка, его соотношение с окружающими анатомическими структурами, наличие дивертикулов и свищей.

Произведено 53 эндоскопические дакриоцисториностомии, 16 микроэндоскопических вмешательств с использованием операционного ЛОР-микроскопа, 14 каналикулориностомий с биканаликулярной интубацией лакримальными стентами под эндоскопическим контролем, 7 операций транспертурной дакриоцисториностомии и 3 операции лакориностомии. В работе применялась хирургическая стойка с аппаратурой, жёсткими риноскопами и инструментарием для эндоназальной микрохирургии фирмы «Karl Storz» (интраназальная дрель, шейвер), а также операционный длиннофокусный ЛОР-микроскоп «Leica». В 29 случаях дакриоцисториностомия была дополнена хирургической коррекцией деформированных внутриносовых структур (септопластика, вазотомия, парциальная резекция носовых раковин, полипотомия) и синусотомией.

Результаты. Результаты лечения прослежены сроком от 1 до 3 лет. Положительный эффект после операций, выполненных с применением микроэндоскопической техники, наблюдался у 63 (67,7%) пациентов, что подтверждалось объективными методами исследования и отсутствием жалоб пациентов. У 18 больных (19,4%) отмечено улучшение, которое не требовало повторного хирургического вмешательства. Была восстановлена пассивная проходимость слезоотводящих путей. Пациентов периодически беспокоило слезотечение на улице в холодную и ветреную погоду. Слезотечения в помещении не отмечалось. Неудачный исход операции отмечен в 12 случаях (12,9%); отмечено зарращение искусственного соустья в различные сроки, что явилось показанием к реоперации.

Заключение. Использование эндоскопической аппаратуры позволяет проводить эндоназальные хирургические вмешательства на слёзных путях с минимальной травматизацией и кровопотерей, оценивать состояние искусственного соустья между слёзным мешком и полостью носа в различные сроки после хирургического вмешательства, определять причину рецидива заболевания.

Необходимо отметить, что использование микроэндоскопической техники требует специальных навыков хирурга. Использование операционного микроскопа позволяет выполнять операцию бимануально, получать объёмное изображение оперируемого объекта. Однако требуются специальные анестезиологические приёмы для достижения максимальной неподвижности головы пациента. Методы эндоскопических вмешательств, несмотря на достаточно высокую результативность, требуют дальнейшего развития и совершенствования, должны проводиться по чётким показаниям и при необходимости комбинироваться с классическими наружными и эндоназальными вмешательствами на слезоотводящих путях.

E-mail: abgadzhi@mail.ru

Е.И. Курятин

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМом ОРБИТАЛЬНОЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Наряду с ростом общего травматизма населения, в последние годы увеличилось число больных с травматическими поражениями околоносовых пазух. Наиболее сложными в диагностическом и хирургическом плане являются переломы верхней стенки верхнечелюстной пазухи, как правило, затрагивающие структуры орбиты.

Цель работы: совершенствование методов хирургического лечения переломов верхней стенки верхнечелюстной пазухи.

Методика исследования. В ЛОР-отделении Курской областной клинической больницы нами проведено хирургическое лечение 5 больных с повреждением орбитальной стенки верхнечелюстной пазухи. Все больные поступали в клинику через 20–30 дней после травмы, что было связано с наличием сопутствующей патологии (закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга) и нахождением больных в других отделениях города. Основными жалобами пациентов были боль в проекции верхнечелюстной пазухи и двоение в глазах.

Всем пациентам выполнялась КТ придаточных пазух носа в аксиальной и коронарной проекциях, на которой определялся осколчатый перелом верхней стенки верхнечелюстной пазухи с пролабированием через костный дефект в верхнечелюстную пазуху клетчатки орбиты. Эндоскопическое исследование верхнечелюстной пазухи проводилось во время оперативного вмешательства после формирования в передней стенке окна диаметром 1–2 см. Оценивалось состояние слизистой оболочки, наличие патологического секрета и мелких отломков, свободно лежащих в просвете пазухи. Всё патологическое удалялось, определялись края костного дефекта верхней стенки, клетчатка орбиты максимально смещалась в полость орбиты и укреплялась гомохрящом. В просвет пазухи через фенестрированное соустье вводился поддерживающий тампон с йодоформом. Тампон удалялся на 4–5 сутки. У всех больных двоение в глазах было устранено.

Таким образом, применение гомохряща при пластике орбитальной стенки верхнечелюстной пазухи позволяет максимально смещать пролабирующую клетчатку орбиты в её естественное положение, устранять диплопию и восстанавливать просвет верхнечелюстной пазухи.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

И.Л. Лазаревич, Г.З. Пискунов

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Медицинский центр управления делами Президента Российской Федерации

Современная концепция эндоназальной хирургии подразумевает использование щадящих, наименее травматичных методов. Существующие на сегодняшний день знания доказывают принципиальную значимость всех микроструктур полости носа и убеждают в необходимости бережного, консервативного подхода при хирургическом вмешательстве на перегородке носа и носовых раковинах. Важность консервативного подхода в эндоназальной хирургии также продиктована топографо-анатомической близостью соседних областей (орбита, средняя черепная ямка, слезоотводящие пути, а также многочисленные сосуды и нервы). Объективная оценка влияния хирургических манипуляций на нижней носовой раковине, в области отверстия слёзо-носового канала поможет усовершенствовать хирургический подход, минимизировать хирургическую травму и, возможно, избежать осложнений со стороны слёзо-носового канала.

Цель исследования: совершенствование хирургической помощи больным с сочетанной патологией полости носа, околоносовых пазух и слезоотводящих путей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 25 больных, которые разделены на 2 группы. В первую группу вошли больные с полипозным риносинуситом, во вторую — пациенты с искривлением носовой перегородки. Обследование включало компьютерную томографию околоносовых пазух, переднюю активную риноманометрию, акустическую ринометрию, исследование проходимости слёзо-носового канала, эндоскопию полости носа. Всем больным проводилось оперативное лечение: в 1-й группе — эндоскопическая полисинусотомия, во 2-й группе — подслизистая резекция носовой перегородки. До операции и в послеоперационном периоде (через 5 дней и через 1 месяц) проводилась оценка функции слёзо-носового канала.

Предварительные результаты. Патологические изменения в полости носа оказывают влияние на состояние слезоотводящих путей. У большинства больных, как в первой, так и во второй группе отмечено нарушение функции слёзо-носового канала. Хирургическое вмешательство на нижних носовых раковинах зачастую улучшает состояние слёзо-носового канала, способствует восстановлению его проходимости. Случаев интраоперационного повреждения слёзо-носового канала не отмечено.

С.Ф. Школьник, В.Н. Красножен

БИМАНУАЛЬНАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии», г. Чебоксары, Россия.
Казанская государственная медицинская академия, «Клиника оториноларингологии», г. Казань, Россия

Заболевания слезоотводящих путей занимает одно из лидирующих мест среди патологии глаза. На долю больных с этой патологией приходится от 6 до 25% всех заболеваний органов зрения, из них от 2 до 7,5% страдают хроническим дакриоциститом (В.Г. Белоглазов, 1980; В.Е. Боиштян, 1974), которые, в свою очередь, могут привести к тяжёлым осложнениям и даже инвалидности. Поэтому восстановление проходимости слёзных путей является актуальной медицинской проблемой, постоянно инициирующей изыскание новых методов и подходов лечения.

Выполнение диагностической эндоскопии полости носа и околоносовых пазух обусловлено тем, что преобладающая часть воспалительных заболеваний решётчатого лабиринта, лобных и верхнечелюстных пазух вызывается воспалительными изменениями или анатомическими вариантами строения в области остиомеатального комплекса, носовых раковин и, в частности, нижнего носового хода.

Достаточно вспомнить четыре типа расположения выводного отверстия носослезного протока по классификации Л.Н. Свержевского (1910). Наиболее благоприятным автор считает первый тип, когда перепончатый канал оканчивается вместе с костным и выводное отверстие находится под «защитой» костного канала. В остальных же случаях может быть сдавление выводного отверстия набухшей или рубцово-изменённой слизистой полости носа. Поэтому едва заметного отёка слизистой носа достаточно для возникновения эпифоры, что, в свою очередь, связано с наличием богатой венозной сети не только в области нижних носовых раковин, но и носослезного протока. Кроме того, возможны анатомические аномалии строения самих околоносовых пазух, выявляемых рентгенологически, в частности, методом компьютерной томографии.

Воспалительная патология пазух на основе аномалий строения также может стать причиной дакриоцистита. Наличие патогенетической связи между заболеваниями

объясняет то обстоятельство, что лечение хронического дакриоцистита включает целый комплекс вмешательств, в конечном итоге направленных на излечение заболевания слезоотводящих путей: наложение дакриостомы и коррекция вариантов строения, то есть, выполнения одновременно большого объема хирургического вмешательства в областях офтальмологического и ринологического профиля, другими словами носить симультанный характер.

В последние годы активно разрабатываются малоинвазивные эндоскопические технологии в лечении патологии слезоотводящих путей эндоназальным методом, включающие использование видеоэндоскопической ассистенции, прецизионного инструментария, шейверной системы и радиоволновой хирургии. Основным является возможность нанесения минимальной травмы на подлежащие ткани в области операции с расчётом на быструю и полноценную их регенерацию и, как исход — формирование стойкой риностомы в области слёзного мешка и восстановление проходимости слёзных путей. До настоящего времени такая операция выполнялась одним хирургом и предусматривала использование эндоскопа, находящегося в одной руке хирурга и инструмента в другой. Очевидно, такая техника операции не является оптимальной для симультанного хирургического вмешательства.

Целью работы является повышение эффективности хирургического эндоназального эндоскопического вмешательства на основе бимануальной оперативной техники при лечении хронического дакриоцистита.

Оборудование. Ригидные эндоскопы диаметром 4 и 2,7 мм различного угла обзора; видеостойка фирмы «Элепс», позволяющие проводить диагностические и хирургические процедуры, а также видео- и фотодокументацию этапов операции; шейверная система «Элепс»; дрель; радиохирургический прибор с электродами для одновременной аспирации отделяемого и коагуляции участков кровотечения.

Анестезия: местная, эпibuльбарная и инфильтрационная, для достижения адекватного эффекта блокады чувствительной иннервации подболокового, подборбального и переднего решетчатого нервов, и/или общая.

Методика. Оперативное вмешательство выполняют два хирурга. Хирург № 1 выступает в качестве ассистента и/или обучающегося, удерживает в руке эндоскоп, манипулирует им, обеспечивая качественную и устойчивую картину операционного поля. Хирург № 2 работает двумя руками, удерживая в одной руке аспиратор-коагулятор, в другой — инструмент. Представленная техника выполнения операции дакриоцисториностомии имеет, на наш взгляд, целый ряд преимуществ перед обычным эндоскопическим методом:

- освобождаются две руки оператора;
- постоянная аспирация и коагуляция всего операционного поля, контроль кровотечения;
- отличный обзор операционного поля;
- реже меняются инструменты;
- меньшая травма подлежащих тканей;
- оптимальное взаимодействие хирургов;
- сокращение времени операции;
- эффективное обучение хирурга;
- наилучшие условия для симультанной операции.

Таким образом, применение бимануальной оперативной техники в лечении хронического дакриоцистита является рациональным и может быть рекомендовано для внедрения в офтальмологических и оториноларингологических лечебных учреждениях.

E-mail: vn_krasnozhon@mail.ru

4. РИНИТЫ

А.В. Акимов

СПОСОБ РАДИОВОЛНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

В клинической практике широко используются хирургические способы лечения больных вазомоторным ринитом

(В.Г. Зенгер, 1993; А.С. Лопатин, 1998; Г.Г. Жарова, 2002; J.S. Brown, 1997). Нами произведена радиоволновая дезинтеграция нижних носовых раковин с использованием радиоволнового аппарата «Сургитрон — ТМ» и применением биполярного электрода фирмы «Эллман Интернешнл», США у 60 больных в возрасте от 20 до 50 лет.

До операции больные жаловались на постоянное или периодическое затруднение носового дыхания, выделения слизистого или серозного характера, головную боль, раздражительность и общую слабость. При риноскопии у наблюдаемых больных слизистая оболочка носовой полости, особенно в области нижних носовых раковин, была набухшей, кровенаполненной, иногда с белёсыми пятнами Воячека, свидетельствующими о локальном капилляростазе. Средняя температура в полости носа с обеих сторон равнялась $33,6 \pm 0,4^\circ\text{C}$; средние показатели pH составляли $7,7 \pm 0,4$; показатели мукоцилиарного транспорта колебались в пределах $51,2 \pm 0,4$ мин; показатели риноманометрии — $160,2 \pm 9,8$ мл/с. После радиоволновой дезинтеграции нижних носовых раковин, в отдалённом периоде (через 1 год), у 57 (95%) больных наступило стойкое улучшение. Пациенты отмечали восстановление носового дыхания и купирование дискомфорта в полости носа. Риноскопически слизистая оболочка полости носа была розовой, влажной, носовые ходы свободные. Средняя температура в полости носа равнялась $31,2 \pm 0,3^\circ\text{C}$; средние показатели pH — $7,2 \pm 0,2$; показатели мукоцилиарного транспорта — $30,4 \pm 0,5$ мин; риноманометрии — $620,2 \pm 20,6$ мл/с.

Таким образом, после проведённого радиоволнового хирургического лечения у большинства больных (95%) отмечалось улучшение клинического состояния, нормализация риноскопической картины, данных лабораторного и функционального исследований. Полученные данные свидетельствуют об эффективности метода радиоволновой дезинтеграции нижних носовых раковин при лечении вазомоторного ринита и целесообразности его широкого применения в практическом здравоохранении.

E-mail: 89058445316@mail.ru

А.А. Блоцкий, Н.В. Валова

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

**ГОУ ВПО Амурская ГМА Росздрава,
г. Благовещенск, Россия;
МУЗ Городская клиническая больница,
г. Благовещенск, Россия**

Аллергический ринит (АР) является самым распространённым заболеванием в структуре аллергических заболеваний. Есть единичные сообщения о распространённости АР среди взрослого населения в отдельных регионах России. Так, в Москве она составляет 12%, в Ленинградской, Брянской, Ростовской и Свердловской области — 12,7%, 15%, 19% и 24% соответственно. У 40–60% больных данное заболевание может предшествовать бронхиальной астме, а у 87% пациентов с бронхиальной астмой встречается АР. Нередко аллергический ринит протекает под маской других заболеваний, в том числе и неаллергических форм ринитов. Малая обращаемость больных за медицинской помощью, наличие широкого спектра антигистаминных препаратов, которые лишь сглаживают симптомы аллергического ринита, затрудняют не только постановку диагноза АР, но и знание истинной картины его распространённости.

Целью исследования было изучение эпидемиологии АР в условиях резко континентального климата Амурской области у населения г. Благовещенска и отбора пациентов для углублённого их обследования.

Материал и методы. С этой целью разработана анкета, позволяющая определить распространённость данного заболевания среди взрослого населения г. Благовещенска, различных его возрастных и социальных групп.

Результаты. Было проведено рандомизированное исследование, охватившее 355 человек, среди которых

было 173 (48,7%) мужчины и 182 (51,3%) женщины в возрасте от 18 до 60 лет; все они были разделены на 4 равноценных группы. При анализе анкет выявлено наличие АР в возрастной группе от 18 до 30 лет у 18,8% опрошенных, от 31 до 40 лет — у 10,2%, от 41 до 50 лет — у 8,9% и в группе от 51 до 60 лет — у 3,4% опрошенных. Из всех опрошенных АР выявлен у 10,1%.

Пациенты, подлежащие углублённому обследованию, по данным опроса, распределились следующим образом: в группе от 18 до 30 лет — 35,9%, в группе от 31 до 40 лет — 29,2%, в группе от 41 до 50 лет — 20,2%, в группе от 51 до 60 лет — 11,2%. Из опрошенных с выявленным АР находились на диспансерном учёте у аллерголога и получали противорецидивное лечение всего 27,8%. По данным анкет, у 33,3% опрошенных с АР выявлена хроническая патология полости носа, околоносовых пазух и глотки. У большинства опрошенных пациентов с выявленным АР отмечена отягощённая наследственность по аллергопатологии, заболеваемость АР женщин в 2,5 раза превышала заболеваемость мужчин. 63% опрошенных с АР имели высшее или специальное образование.

Выводы. В результате проведённого исследования была выявлена распространённость АР в условиях резко континентального климата Амурской области; только 27,8% опрошенных с АР находились под наблюдением у аллерголога. Количество пациентов, страдающих АР, может значительно увеличиться за счёт пациентов, подлежащих углублённому обследованию.

E-mail: n_valova@mail.ru

Л.А. Васина

ПОКАЗАТЕЛИ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА У БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра оториноларингологии, г. Москва

Одним из побочных эффектов топических деконгестантов (ТД) может быть развитие медикаментозного ринита, при котором слизистая оболочка носовой полости находится в состоянии хронического воспаления и гиперплазии, что является морфологическим субстратом нарушения мукоцилиарного транспорта (МЦТ). Однако применение ТД нечасто является главной и единственной причиной развития хронического ринита. При обследовании большинства таких больных выявляются нарушения аэродинамики (искривление носовой перегородки), хронические воспалительные заболевания полости носа.

Цель исследования: совершенствование способов лечения хронического воспаления слизистой оболочки носа.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 110 пациентов с искривлением перегородки носа и ХГР в возрасте от 20 до 49 лет. Длительность заболевания (по данным анамнеза) — от 1 года до 20 лет. Длительность использования ТД (по данным анамнеза) составляла от 6 мес до 12 лет. Группу контроля составили 50 здоровых добровольцев, в возрасте от 20 до 47 лет, не имевших ринологических жалоб.

Для оценки состояния МЦТ проводили исследование времени мукоцилиарного транспорта (ВМТ) («сахариновый» тест) и частоты биения ресничек (ЧБР). В своей работе мы использовали специально разработанную компьютерную программу «Морфология Видеотест 5.0», которая предназначена для определения ЧБР путём измерения частоты изменения яркости в объектах, нанесённых в области расположения ресничек.

Полученные результаты. ВМТ у больных с искривлением перегородки носа и ХГР в среднем составило: на стороне искривления носовой перегородки — 29,4 ± 2,6 мин.; на стороне противоположной искривлению — 18,4 ± 2,2 мин., ВМТ в группе здоровых добровольцев составило в среднем 12,4 ± 2,1 мин. Таким образом, ВМТ на стороне искривления носовой перегородки достоверно длиннее

по сравнению с противоположной стороной и по сравнению с группой здоровых добровольцев ($p < 0,05$). ЧБР в соскобах с нижних носовых раковин у больных с ХГР и искривлением перегородки носа в среднем составила $5,36 \pm 0,57$ Гц; в группе здоровых добровольцев — $6,83 \pm 0,54$ Гц. ЧБР в соскобах с нижней носовой раковины на стороне искривления носовой перегородки составила в среднем $5,42 \pm 0,8$ Гц, на стороне, противоположной искривлению, — $5,24 \pm 0,7$ Гц. Статистически достоверной разницы между уровнем ЧБР нижних носовых раковин на стороне искривления и на стороне противоположной искривлению не выявлено ($p < 0,05$).

Для оценки степени влияния длительности использования ТД на уровень ЧБР мы применили коэффициент парной ранговой корреляции Пирсона, который составил: $r = 0,64$. Таким образом, между длительностью использования ТД и уровнем ЧБР выявлена отрицательная корреляционная связь средней степени: чем дольше период использования ТД, тем ниже ЧБР. Коэффициент парной ранговой корреляции между длительностью заболевания и уровнем ЧБР составил: $r = 0,44$. Таким образом, между длительностью заболевания и уровнем ЧБР выявлена отрицательная корреляционная связь средней степени: чем дольше период заболевания, тем ниже ЧБР.

Выводы:

1. У пациентов с искривлением перегородки носа и ХГР отмечается нарушение МЦТ: ВМТ у этих пациентов больше, а ЧБР меньше по сравнению с группой здоровых добровольцев ($p < 0,05$).

2. Чем дольше период заболевания у пациентов с ХГР и искривлением перегородки носа, тем ниже уровень ЧБР.

3. Чем дольше период использования пациентами с ХГР и искривлением перегородки носа ТД, тем ниже уровень ЧБР.

E-mail: vlarisa7@mail.ru

С.Г. Вахрушев, Н.В. Терскова, М.А. Хорольская

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТАХ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Слизистая оболочка дыхательной области полости носа является сложноорганизованной структурной совокупностью взаимосвязанных эпителиально-стромальных, железистых, сосудистых элементов и нервного аппарата, интеграция которых обеспечивается кровеносным сосудистым руслом. Таким образом, состояние микроциркуляторного кровотока слизистой может отражать характер патологического процесса в ней.

Сосудистые изменения связаны с дисфункцией эндотелия, что формирует один из патогенетических аспектов развития хронического ринита. Доказана значимость нарушений механизмов регуляции вазодилататорных реакций микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости носа в патогенезе вазомоторного и аллергического ринитов, причём степень нарушения является критерием тяжести заболевания (О.М. Колесникова, 2008).

С помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) возможна объективная регистрация микроциркуляторных нарушений, оценка особенности состояния и регуляции кровотока, что особенно важно при дифференцированном подборе терапии, а также мониторинг эффективности назначенной терапии.

Метод является неинвазивным, объективным, точным, благодаря возможности длительной экспозиции, высокочувствительным по отношению к малейшим изменениям кровотока. По итогам исследования пациент может получить следующую информацию: определение величины перфузии, реактивности микрососудов и состояния регуляторных механизмов по данным функциональ-

ных тестов; определение формы и степени расстройства микроциркуляции; типа микрогемодинамики.

Целью нашего исследования было изучение реакции микроциркуляторного русла в норме, а также при вазомоторном и аллергическом ринитах, с помощью метода ЛДФ.

Материалы и методы. Контрольную группу составили здоровые добровольцы, без патологии со стороны полости носа. В две исследуемые группы были включены пациенты с вазомоторным и аллергическим ринитами соответственно. Всем обследуемым проводился комплекс диагностических мероприятий: сбор анамнеза, оториноларингологическое обследование, микробиологическое исследование полости носа, цитологическое исследование носового секрета, определение общего и специфического IgE.

Для исследования тканевой перфузии мы использовали одноканальный лазерный доплеровский флоуметр *BLF 21* американской фирмы «*Transonic Systems Inc.*». Показатели микрогемодинамики определяли в следующих точках слизистой полости носа: в области передних концов нижних носовых раковин слева и справа, а также в области носовой перегородки.

Результаты. Получены предварительные результаты в репрезентативной выборке, которые действительно подтверждают вышеуказанные данные. У пациентов с вазомоторным и аллергическим ринитом показатели ЛДФ были достоверно выше, чем у контрольной группы, что объясняется увеличенным кровенаполнением ткани слизистой оболочки полости носа.

Вывод. Применение ЛДФ при хронических ринитах патогенетически оправдано и позволяет получить важные, с точки зрения диагностики, результаты.

E-mail: mhorolskaya@gmail.com

М.И. Говорун, В.Г. Миронов

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТАХ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Аллергические и вазомоторные риниты занимают одно из первых мест в эпидемиологии заболеваний носа и околоносовых пазух. В настоящее время существуют как консервативные, так и хирургические методы лечения данной патологии, но главным критерием эффективности терапии данных заболеваний является восстановление функции носового дыхания. Данные литературы показали, что не все применяемые в настоящее время в ринологии методы определения дыхательной функции носа дают точное количественное представление о состоянии воздушной проходимости носовых ходов. Так, использование отдельных методик (волюмометрические, тахометрические, прессиметрические методики), а также опосредованных способов (спирометрических, гигрометрических, фонометрических) не может служить основанием для заключения о нормальной или нарушенной дыхательной функции носа. Только резистометрические методы, основанные на определении коэффициента носового сопротивления по соотношению мгновенных величин объёмной скорости воздушного потока и давления в полости носа, могут дать объективную количественную характеристику состояния носового дыхания.

Компьютерный риноманометр PC-200 фирмы «*ATMOS*» (Германия) позволяет получать информацию о функции носового дыхания за счёт количественного измерения объёма воздушного потока и дифференциала давления между потоками вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Объём потока дыхания определяется с помощью адаптированного к дыхательной маске кольцевого спироцептора. Программное обеспечение компьютера позволяет легко производить запись полученных результатов в базу данных, получать графическое отображение параметров носового дыхания и оценивать в динамике изменения функции носового дыхания в процессе лечения.

Наиболее информативными критериями компьютерной риноманометрии при оценке функций носового дыхания явились: носовое сопротивление воздушному потоку (dp) и суммарный объёмный поток (v). Таким образом, данный метод позволяет объективно оценить функцию, степень восстановления носового дыхания и качество проведённого хирургического лечения, что необходимо использовать при проведении военно-врачебной экспертизы. Полученные в результате проведённого исследования характеристики нормальной воздушной проходимости носовых ходов, состояния дыхательной функции носа при различных формах патологии слизистой оболочки, деформации перегородки полости носа позволяют с достаточно чёткими критериями подходить к установке точного диагноза, определять форму и стадию развития патологического процесса. Использование резистометрических методов исследования дыхательной функции носа в сочетании с функциональными пробами для определения прогноза заболевания, выбора тактики лечения всецело оправдывает себя, способствует значительному облегчению реабилитации больных с различными заболеваниями слизистой оболочки и полости носа.

E-mail: lor_vma@mail.ru

Е.Д. Гусева, Н.А. Арефьева, Р.М. Файзуллина ВЛИЯНИЕ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ НОСА НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Цель исследования: исследование микрофлоры полости носа, изучить особенности риноцитограмм и клинического течения аллергического ринита у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 70 детей с аллергическим ринитом в возрасте от 3 до 15 лет. Всем детям было проведено клиничко-лабораторное, аллергологическое и функциональное обследование в соответствии со стандартами, принятыми в аллергологии, для верификации диагноза. Всем исследуемым было проведено бактериологическое исследование микрофлоры слизистых оболочек стандартными методами. Проведено цитологическое исследование носового секрета методом мазков-перепечатков со средних отделов нижних носовых раковин.

Дети были разделены на 3 группы: в I группу вошли 48 человек с персистирующим ринитом, во II — 1 человек с персистирующим и сезонным ринитом, в III группу — 10 детей с сочетанием ринита и бронхиальной астмы. Исследование проводили во внеприступном периоде.

Результаты. Результаты микробиологического исследования показали, что 70% детей имели положительные результаты, у них высевалась условно патогенная микрофлора в титрах, превышающих норму (105 и > более КОЕ). Чаще других, в 68% случаев, 0,05 у£ высевался *St. aureus* (48 чел.), который обнаруживался достоверно чаще у детей в I и II группах по сравнению с III группой. У 29 детей выделен *Str. pneumoniae* (41,4%), в 31,4% результатов высевались *Str. haemolyticus* и грибы рода *Candida* (по 22 чел.). Таким образом, многие дети имели сочетание двух и более патогенов в полости носа. *Str. pneumoniae* регистрировался чаще у детей первой группы — 21% (I группа), 7,1% (II группа) и 12,8% (III группа). Анализ риноцитограмм показал, что средние показатели эозинофилов составили: в I группе — 14,93 на 50 клеток, во II группе — 20,55, в III группе — 8,7. В 14% случаев эозинофилы в риноцитограмме отсутствовали. Индекс соотношения эозинофилов к нейтрофилам (ЭОЗ/НТР) в I и III группах составил соответственно 0,49 и 0,57, и только во II группе он был равным 1,0. Достаточно часто, в 63% случаев дети имели сопутствующую патологию в виде хронического риносинусита (ХР), аденоидита (А), причём ХР был диагностирован у 64% детей, а хронический аденоидит — у 62,5% детей, страдающих персистирующим аллергическим ринитом. Клинической особенностью течения болезни у детей I и II групп были отсутствие контроля течения основного заболевания и повторные

обструктивные бронхиты, причём в 2 раза чаще у детей I группы. Бронхиальная астма у детей была вне обострения, но частично контролируемая на фоне базисной терапии. Исследование также показало, что дети, высевавшие из полости носа *Str. pneumoniae*, чаще в течение года болели ОРВИ с обструктивным синдромом.

Выводы. Дети, страдающие аллергическим ринитом, часто высевают из полости носа условно патогенную флору: в 68% случаев, высеивался *St. aureus*, в 41,4% — *Str. pneumoniae*, чаще в случаях персистирующего течения аллергического ринита, что подвергается смешанным нейтрофильно-эозинофильным воспалением слизистых оболочек носа. Таким образом, предварительные данные исследования могут свидетельствовать о влиянии бактериальной флоры, особенно золотистого стафилококка и пневмококка, на течение аллергического ринита у детей и отсутствие ожидаемого эффекта от базисной терапии.

E-mail: elenaguseva@mail.ru

В.А. Долгов, Р.А. Забиров, Б.Я. Усвятцов, Д.Р. Кушкинбаева

ХАРАКТЕР ДИСБИОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСА В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО РИНОФАРИНГИТА

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Известно, что воспалительные процессы верхних дыхательных путей нередко заканчиваются развитием среднего отита и синуситов.

Цель работы: изучить показатели микробного биоценоза и биологические свойства микроорганизмов на слизистой оболочке носа в динамике развития и исхода острого ринофарингита (РНФ).

Материалы и методы. Обследовано 56 больных острым РНФ. Клиническое обследование включало осмотр ЛОР-органов, рентгенографию придаточных пазух носа (ППН) и лабораторные анализы. Бактериологическое исследование заключалось в изучении состава микрофлоры на слизистой оболочке носа, показателей микробной обсеменённости (ПМО) симбионтами биотопа, общего показателя микробной обсеменённости (ОПМО), факторов патогенности микроорганизмов (гемолитической активности (ГА), лизоцимной активности (ЛА)) и персистенционного свойства бактерий — антилизозимной активности (АЛА). Обследование проводилось в день обращения, на 3 и 6 сутки лечения, что соответствовало срокам временной нетрудоспособности при данном заболевании. Группу сравнения составили 15 здоровых лиц.

Результаты и выводы исследования:

1. При развитии острого РНФ на слизистой оболочке носа происходили дисбиотические изменения, которые проявлялись увеличением ПМО и ОПМО биотопа, экспрессией факторов патогенности и персистенции.

2. Наиболее высокие показатели микробной обсеменённости биотопа, экспрессия факторов патогенности и персистенции микроорганизмов были на 3 день острого РНФ. Стихание воспалительных явлений в носоглотке сопровождалось снижением ПМО, ОПМО биотопа и биологической активности микроорганизмов.

3. Развитие осложнений у больных острым РНФ происходило на фоне сохраняющихся явлений дисбиоза и биологической активности микроорганизмов в полости носа.

E-mail: orgma@esoo.u

И.А. Игнатова, С.В. Смирнова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН

Эпидемиологические мировые исследования аллергических заболеваний, в том числе и аллергической риносинусопатии (АР), отмечают прогрессирующую динамику

данной патологии. Исходя из основных патогенетических механизмов аллергии, АР можно разделить на истинную (специфическую, иммунологическую) и ложную (неиммунологическую, псевдоаллергическую).

Цель исследования: провести изучение распространённости различных патогенетических форм АР среди взрослого населения Эвенкии.

Материал и методы. При формировании выборочного контингента больных АР было использовано когортное поперечно-одномоментное исследование по Белякову В.Д. и соавт., (2001), заключающееся в применении случайного отбора среди коренного и пришлого населения Эвенкии.

Обследовано взрослое население Крайнего Севера ($n = 4770$), в результате которого выявлено широкое распространение АР как среди коренного, так и пришлого населения Эвенкии: в общей группе населения — 23,0 на 1000 населения (26,9 пришлого населения против 12,0 коренного). Обращает на себя внимание, что АР выявляется среди пришлых жителей в 2,2 раза чаще, чем коренных. Распространённость основных патогенетических форм АР на 1000 обследованных следующая: ИАР в общей группе населения — 11,7; (14,2 против 4,8 соответственно). Распространённость псевдоАР на 1000 обследованных: в общей группе населения — 10,3; (11,6 против 6,4). Распространённость АР смешанного генеза на 1000 обследованных: в общей группе населения — 1,0; (1,1 против 0,8).

Проведён сравнительный анализ распространённости АР между европеоидами — русские, украинцы, белорусы ($n = 3435$) и монголоидами — эвенки ($n = 1080$). Распространённость АР у европеоидов, имеющих преимущественно истинные аллергические механизмы, выявлена в 2,1 раза чаще, чем у эвенков — 27,7 против 13,0 на 1000 человек. Распространённость псевдоАР у европеоидов составила 11,9 на 1000 обследованных, а у эвенков — 7,4. Значительно реже определяется АР смешанного генеза — 1,2 против 0 на 1000 человек.

E-mail: ignatovai@mail.ru

И.А. Игнатова, С.В. Смирнова СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИСТИННОЙ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЭВЕНКИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОВОЙ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

Исследования эпидемиологии аллергических заболеваний, в частности, аллергической риносинусопатии (АР), отмечают тенденцию к её возрастанию. Исходя из патогенетических механизмов аллергии, АР можно разделить на истинную (специфическую, иммунологическую) и ложную (неиммунологическую, псевдоаллергическую).

Цель исследования: изучить структуру патогенетических форм АР среди населения Эвенкии в зависимости от половой и этнической принадлежности.

Материал и методы. При формировании выборочного контингента больных АР было использовано когортное поперечно-одномоментное исследование по Белякову В.Д., и соавт., (2001), заключающееся в применении случайного отбора среди коренного и пришлого населения Эвенкии. Обследовано взрослое население Эвенкии ($n = 398$).

Результаты. В структуре патогенетических форм АР доминировала истинная АР — 40,2% ($n = 160$), тогда как доля псевдоАР составила 31,2% ($n = 124$), а смешанной АР — 28,6% ($n = 114$). В структуре общей группы больных аллергической риносинусопатией ($n = 398$) прослеживается преобладание лиц женского пола (259 женщин и 139 мужчин).

В структуре больных АР наблюдается следующая динамика распределения патогенетических форм АР: преобладала, как у пришлого, так и коренного населения, истинная АР (42,3% — у пришлых, 36,4% — у коренных), затем следует псевдоАР (26,5% против 32,4% соответс-

твенно) и смешанная АР (32% против 31,2%, соответственно).

У наибольшего числа больных как женского (38,1% — у пришлых, 37,3% — у коренных), так и мужского пола (48,1% против 35,3% соответственно), диагностирована истинная АР. У мужчин на втором месте по численности находятся больные псевдоАР (34,6% — у пришлых, 44,1% — у коренных), реже встречалась АР смешанного генеза (17,3% против 20,6% соответственно). Среди женщин второе место в структуре занимает группа больных смешанной АР (33,0% — у пришлых, 39,0% — у коренных) и третье — группа псевдоАР (28,9% — у пришлых, 23,7% — у коренных).

По этническому признаку больные подразделялись на пришлых (европеоиды, $n = 305$) и коренных (монголоиды, $n = 93$) жителей. Среди пришлых жителей Севера распределение по патогенетическим группам следующее: преобладающее число обследованных (42,3%) принадлежало к группе истинной АР, 31,2% — к группе псевдоАР и наименьшая часть (26,5%) — к группе смешанной АР. Причём у пришлого населения Эвенкии преобладают истинные АР по сравнению с коренным (42,3 против 36,4%), тогда как у коренного населения по сравнению с пришлым преобладают АР смешанного генеза (32,4% против 26,5%). Показатели структуры псевдоАР у коренных и пришлых жителей Эвенкии оказались идентичны (31,2%).

E-mail: ignatovai@mail.ru

**И.А. Игнатова, С.В. Смирнова,
С.В. Кадричева**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ

**ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,
г. Красноярск**

Возрастающая динамика заболеваемости аллергической риносинусопатией (АР) обусловлена модификацией её клинических форм. С учётом основного патогенетического механизма все виды АР разделены на две формы: истинная АР и псевдоАР. При постановке диагноза (АР) используются дифференцированные подходы.

При дифференциальной диагностике выделенных клинико-патогенетических форм АР изучен внутриклеточный метаболизм лимфоцитов, местная и системная продукция цитокинов, а также популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови.

Цель: исследовать активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ лимфоцитов крови и концентрацию IL-2, IL-4, IL-6 и IFN- γ в сыворотке крови и назальных смывах; популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови при истинной и псевдо-АР.

Материалы и методы. Обследованы больные АР ($n = 305$) в возрасте от 17 до 60 лет. Определена концентрация НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах крови биолюминесцентным методом. Исследована: концентрация IL-2, IL-4, IL-6 и IFN- γ (пг/мл) в сыворотке крови и назальных смывах; изучен популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов методом ИФА с помощью моноклональных антител. Оценка достоверности рассчитана по критерию Манна–Уитни.

Результаты. Изучение внутриклеточного метаболизма лимфоцитов периферической крови показало особенности патогенетических форм АР. Анализ уровня активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах крови больных АР свидетельствует об активации анаэробного и аэробного дыхания. Установлены характерные изменения: при истинной АР снижен уровень Г6ФДГ и, соответственно, наработки НАДФН и рибозо-5-фосфата, тогда как при псевдоАР уровень Г6ФДГ повышен.

Изучение цитокинового профиля показало, что при истинной АР преобладают цитокины IL-4 (сыворотки кро-

ви — $70,9 \pm 25,0$, $P < 0,05$ и назальных смывов — $213,2 \pm 39,9$, $P < 0,01$), а также IL-6: (соответственно — $21,8 \pm 9,9$ и $58,4 \pm 21,9$, $P < 0,01$), а при псевдоАР доминируют цитокины IL-2 (сыворотки крови — $36,8 \pm 11,6$; назальных смывов — $19,1 \pm 6,9$, $P < 0,05$, а также IFN- γ — соответственно $354,3 \pm 28,5$; $275,1 \pm 96,7$, $P < 0,001$).

Исследованное популяционного и субпопуляционного состава лимфоцитов крови показало, что при истинной АР выявлено: достоверное повышение CD4⁺-клеток ($41,8 \pm 0,7$) и CD72⁺-клеток ($19,3 \pm 0,7$), снижение CD8⁺-лимфоцитов ($23,3 \pm 0,7$ и CD16⁺-клеток ($13,2 \pm 0,2$). При псевдоАР определено снижение CD4⁺-лимфоцитов, повышение CD8⁺, CD16⁺-CD72⁺-клеток, $P < 0,05$.

Выводы:

1. Выявлены особенности внутриклеточного метаболизма лимфоцитов в зависимости от патогенетической формы аллергической риносинусопатии. При истинной АР — снижение активности НАД(Ф)ГДГ; при псевдоАР — повышение активности ГЗФД и НАД(Ф)ГДГ. Определены разнонаправленные изменения уровня Г6ФДГ: при истинной АР её активность снижена, при псевдоАР — повышена.

2. Концентрация цитокинов в сыворотке крови и назальных смывах имеет свои особенности в зависимости от патогенетической формы АР. При истинной АР преобладают цитокины, продуцируемые преимущественно Т-хелперами 2-го типа (IL-4, IL-6); при псевдоАР — Т-хелперами 1-го типа (IL-2, IFN γ).

3. Оценка состояния иммунного статуса показала диаметрально противоположные изменения иммунологической реактивности в зависимости от патогенетической формы аллергической риносинусопатии. Полученные данные подтвердили, что возникновение АР атопического генеза возможно при недостаточном супрессорном влиянии Т-лимфоцитов на В-лимфоциты, приводящем к гиперпродукции IgE: повышение CD4⁺- и CD72⁺-лимфоцитов, снижение CD8⁺-клеток (супрессоры, цитотоксические лимфоциты) и CD16⁺-клеток (нормальные киллеры, нейтрофилы, макрофаги). При псевдоАР определено снижение CD4⁺-клеток, повышение CD8⁺, CD16⁺, CD72⁺-лимфоцитов.

Подводя итоги, можно сказать, что очень важным моментом в дифференциальной диагностике патогенетических форм аллергической риносинусопатии является комплексный исчерпывающий анализ оториноларингологического и аллергологического анамнеза, наряду с клиническими и лабораторными результатами.

E-mail: ignatovai@mail.ru

**И.А. Игнатова, С.В. Смирнова,
О.А. Коленчукова**

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА НОСА И ЕЁ МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИЕЙ

**ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,
г. Красноярск, Россия**

Аллергическая риносинусопатия (АР) нередко осложняется вторичными инфекциями. Клиника заболевания зависит от степени патогенности и вирулентности возбудителей, состояния общего и местного иммунитета и, как следствие, от качественного и количественного состава присутствующих на них микробных сообществ.

Цель: изучение количественного и качественного состава микроорганизмов слизистой оболочки носа у больных аллергической риносинусопатией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 75 человек в возрасте от 15 до 60 лет: больные АР ($n = 38$) и практически здоровые лица ($n = 37$). Применялись методы специфической аллергологической диагностики, риноскопия, кожное тестирование, определение общего и специфических IgE, бактериологические методы. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Манна–Уитни.

Результаты. При изучении микрофлоры, полученной со слизистой оболочки носа, выявлено 112 культур микроорганизмов у больных АР и 88 — в группе контроля.

Среди изолятов установлено 12 родов и 16 видов бактерий при АР, против 8 и 13 в группе контроля.

Наибольший процент частоты встречаемости микроорганизмов на слизистой носа у больных АР и в группе контроля имеет грамположительная кокковая флора с преобладанием микроорганизмов рода *Staphylococcus*. Коагулазоотрицательные стафилококки способны к persistence в организме хозяина длительное время и к инактивации защитных механизмов человека. При АР антиинтерферонная активность была отмечена у эпидермального стафилококка (25% штаммов). В группе контроля штаммы с изучаемыми свойствами не найдены.

В результате изучения общей обсеменённости микроорганизмами и частоты встречаемости их на слизистой оболочке носа у больных АР и в группе контроля найдено нарушение микробиоценоза слизистой оболочки носа при АР. Выявлено увеличение общей микробной численности микроорганизмов, относящихся к условно-патогенным. При этом в обеих группах отмечено видовое разнообразие стафилококков. Выделенные в группе больных АР стафилококки обладали высоковирулентными свойствами, что позволило расценивать их в качестве этиологических агентов, вызывающих вторичные воспалительные заболевания носа.

Выводы. Обнаружено нарушение микробиоценоза слизистой оболочки носа у больных АР. Выявлено увеличение общей микробной численности условно-патогенных микроорганизмов. При этом отмечается видовое разнообразие стафилококков, обладающих высоковирулентными свойствами, что позволило расценивать их в качестве этиологических агентов, способных вызывать вторичные воспалительные заболевания носа при АР и увеличивать, таким образом, срок выздоровления.

E-mail: ignatovai@mail.ru

Э.Ю. Казакова, В.И. Егоров, А.В. Козаренко, Р.Б. Муратова, Ю.В. Денисов

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИОЛОГИЧНОСТИ МЕТОДОВ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ)

ФГУ «З Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского Минобороны России», г. Москва; 2-я областная больница, г. Оренбург

Вазомоторный ринит (ВР) — заболевание, которое развивается не только вследствие нарушения архитектуры полости носа (например: искривление перегородки носа, полипы полости носа), но и вследствие таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, остеохондроз шейного отдела позвоночника и др. После проведения хирургического лечения вазомоторного ринита, вызванного нарушениями анатомии полости носа, отдалённые результаты лечения — хорошие и стойкие; у больных же, имеющих различные виды соматической патологии, отдалённые результаты — до 30–40% случаев неудовлетворительные, что обуславливает актуальность проблемы ВР.

Цель нашей работы — сравнить эффективность и физиологичность современных методов хирургического лечения вазомоторного ринита.

Были применены следующие хирургические методы: нижняя подслизистая остеоконхотомия, подслизистая вакуум-аспирация нижних носовых раковин, подслизистая аргон-плазменная деструкция нижних носовых раковин, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, подслизистая лазеродеструкция нижних носовых раковин (использовали углекислотный лазер), подслизистая радиоволновая коагуляция нижних носовых раковин. Все операции выполнялись по общепринятым методам.

Обследовано 120 больных в возрасте от 15 лет до 67 лет. Больные разделены на 6 групп (в зависимости от вида оперативного воздействия), в каждой группе было по 20 человек. Нами специально были отобраны больные не только с ВР, но и с патологией носового клапана, что поз-

волило выполнить гистологическое исследование резецированных передних концов нижних носовых раковин после различных видов хирургического воздействия. Отдалённые результаты изучались через 1 год после операции.

Выводы сделаны на основе анализа жалоб больных до и после операции, риноскопической картины, оценки данных «сахаринового теста» и ПАМ до операции, на 7-е сутки после операции, через 1 месяц, через 6 месяцев и через один год после операции. Эффективность проведённого хирургического лечения была сопоставлена с данными гистологического исследования (степень повреждения мерцательного эпителия нижней носовой раковины, ширина и глубина коагуляционного некроза, равномерность коагуляции, деструкция и разволокнение соединительнотканной стромы слизистой оболочки, наличие и количество участков свежих кровоизлияний).

Выводы:

1. Наиболее физиологичными операциями на нижних носовых раковинах при вазомоторном рините являются: № 1 — подслизистая аргон-плазменная деструкция нижних носовых раковин; № 2 — нижняя подслизистая остеоконхотомия; № 3 — подслизистая вакуум-аспирация нижних носовых раковин.

2. Наименьшее количество рецидивов через один год после операции (5% оперированных) имело место после подслизистой аргон-плазменной деструкции нижних носовых раковин.

3. Подслизистую аргон-плазменную деструкцию считаем методом выбора хирургического лечения больных ВР, рекомендуем использовать у больных с соматическими заболеваниями.

E-mail: posta_mia@mail.ru

В.П. Карпов, Е.Е. Карпова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ «НАЗОНЕКС» И «ЭРИУС» В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНОСИТА

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Росздрава»

В настоящее время неуклонно и прогрессивно возрастает число больных аллергическим риносинуситом. Его распространённость в различных регионах России высока и составляет, по данным института Иммунологии, 12,7–24%. В Ставропольском крае, по различным данным, эти цифры колеблются от 31 до 35% населения.

При сезонной и круглогодичной формах аллергического ринита достаточно часто (в 70% случаев) выявляется полипозное поражение слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух и бронхиальная астма. Проблемой является лечение аллергического риносинусита, особенно круглогодичного, в случаях, сопровождающихся образованием полипов.

Главной задачей при терапии является уменьшение симптомов, предотвращение роста и рецидивов полипов, повышение качества жизни пациентов. В этом процессе актуальным является подбор индивидуальной эффективной медикаментозной коррекции. На фоне осуществления общих подходов к лечению аллергии (диета, исключение контакта с аллергеном, специфическая гипосенсибилизация, иммунотерапия) большую роль играет неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия.

Цель настоящего исследования: совершенствование методов лечения аллергических риносинуситов, сопровождающихся полипами носа.

Материал и методы исследования. Всего под нашим наблюдением находилось 92 пациента с круглогодичной формой аллергического ринита. Среди них 73 человека (79,3%) были оперированы по поводу полипозного риносинусита. Еще у 19 человек (20,7%) выявлена первая степень полипов. Таким образом, полипозный процесс в разных стадиях развития выявлен у 100% пациентов. С нашей точки зрения, таким больным необходимо получать комплексное лечение, которое должно сочетать медикаментозную коррекцию и хирургическое вмешательство. Роль и преимущества видеондоскопических

хирургических методов перед классическими вмешательствами в настоящее время неоспорима. Тем не менее, современное хирургическое лечение не является профилактикой полипообразования.

Консервативная терапия претерпевает изменения в связи с тем, что в практику поступают новые лекарственные средства. Многолетний опыт лечения аллергических риносинуситов подтверждает отсутствие достаточного эффекта от применения только гипосенсибилизирующих средств. Общепринятым является тот факт, что наиболее результативно сочетание антигистаминных препаратов с топическими стероидами. Необходимо выбрать эффективную схему и адаптировать её к конкретному пациенту.

Результаты исследования. Мы применяли «Эриус» (дезлоратадин) — препарат третьего поколения, учитывая его высокую эффективность и максимальную безопасность. В качестве топического стероидного средства мы применяли «Назонекс». Известна его минимальная биодоступность (менее 0,1%), что обеспечивает безопасность применения.

Все пациенты, находящиеся под нашим наблюдением (92 больных) получали дезлоратадин (Эриус) и мометазона фуруат (Назонекс). Доза дезлоратадина составляла 1 таблетку (5 мг) 1 раз в сутки. Курс применения препарата «Эриус» составлял не менее 30 дней.

Назначение препарата «Назонекс» в нашем исследовании имело особенности. Неоперированным больным препарат назначался сразу. После операции эндоназальные ингаляции мометазона фуруата начинали на 3–4 день после тщательного туалета носа. Рекомендательный режим применения препарата «Назонекс» — по 2 впрыскивания в каждую половину носа 2 раза в день. Через 14 дней пациент в два раза уменьшал дозу препарата и применял препарат 1 раз в день. Через месяц пациенту рекомендовали производить 1 впрыскивание в каждую половину носа 1 раз в день в течение 6 месяцев. Первые две недели после эндоскопической полипотомии осуществляли тщательный контроль состояния полости носа и взбрызгивание препарата рекомендовали производить после туалета носа.

При наблюдении за послеоперационным состоянием пациентов мы установили, что при таком режиме приёма препарата «Назонекс» уменьшались реактивные изменения со стороны слизистой оболочки — отёк, гиперемия, слизистые выделения, формирование фибринозного налёта, а также ускорялась нормальная эпителизация раневой поверхности. Сочетанное применение препаратов облегчало течение послеоперационного периода. Наблюдая за пациентами в течение года, мы рекомендовали им курсовой повторный приём «Эриус» и «Назонекс» с целью предотвращения рецидивов полипообразования.

Показанием к началу лечения, кроме визуальных изменений, являлось постепенное снижение обоняния. Важным условием для успешного лечения больных является динамическое наблюдение за их состоянием с периодичностью 1 раз в 1–2 месяца.

У всех пациентов, придерживавшихся рекомендуемой схеме лечения, отмечена стойкая ремиссия. В трёхлетний срок наблюдения полипообразование отмечено у 22 (23,9%) больных, причём степень развития полипов была незначительная (1–2 степени).

Выводы. Проанализировав результаты сочетанного применения «Эриус» и «Назонекс», мы пришли к выводу, что препараты доказали свою эффективность и безопасность. Ни у одного человека мы не констатировали непереносимости или побочного эффекта. У всех пациентов отмечен положительный клинический результат. Оптимальным, с нашей точки зрения, решением в достижении стойкой ремиссии у больных является курсовой сочетанный приём «Эриус» и «Назонекс» под наблюдением оториноларинголога, что даёт возможность гибкого изменения индивидуальной дозировки и служит для профилактики рецидива полипозного риносинусита.

E-mail: karpov_vladimir_@mail.ru

*С.В. Коренченко, Н.В. Тарасова,
Л.Г. Плешакова*

КОБЛАТОРНАЯ (ХОЛОДНОПЛАЗМЕННАЯ РЕДУКЦИЯ) НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕМ РИНОСИНУСИТЕ

Клиника доктора Коренченко, Самарский медицинский институт «Реавиз», г. Самара

Целью работы было изучение результатов холодноплазменной (коблаторной) редукции гиперплазированных нижних носовых раковин для восстановления носового дыхания при персистирующем риносинусите.

Материалы и методы. Холодноплазменная редукция (ХПР) нижних носовых раковин была использована нами при лечении 600 пациентов, страдающих персистирующим риносинуситом с гиперплазией нижних носовых раковин. Возраст больных варьировал от 26 до 62 лет, разница по полу была недостоверной. Для ХПР отбирались пациенты с ведущей жалобой на стойкое затруднение носового дыхания. Максимальный срок наблюдения составил 5 лет.

Технически операции выполнялись в соответствии с рекомендациями производителя. Операция во всех случаях производилась на фоне применения системных глюкокортикостероидов (ГКС), обязательным было назначение местных ГКС на срок не менее 3 месяцев. Прочие медикаменты применялись по потребности. Основным методом оценки восстановления носового дыхания была самооценка пациента с использованием шкалы VAS.

Результаты. Кровотечение после операции было незначительным (не более 20 мл) и во всех случаях останавливалось самостоятельно. Реактивные изменения в полости носа наблюдались в течение 2–5 суток после операции. В 546 (91%) случаях наступило стойкое восстановление носового дыхания — улучшение в среднем с 7–9 до 3–4 баллов по шкале VAS ($p < 0,01$). Ещё 36 (6%) пациентам, у которых были полипы носа и околоносовых пазух, потребовалась FESS-операция. В остальных 18 (3%) случаях холодноплазменная редукция была выполнена повторно в сроки от 1 до 7 месяцев, что во всех случаях привело к стойкому восстановлению дыхания.

Выводы. Холодноплазменная (коблаторная) редукция нижних носовых раковин представляет собой эффективный и безопасный метод хирургического восстановления носового дыхания при воспалительной гиперплазии нижних носовых раковин. Операция может считаться методом выбора при хирургическом лечении хронического риносинусита.

В.Н. Красножен

ПРИМЕНЕНИЕ БИПОЛЯРНЫХ РАДИОЧАСТОТНЫХ ТОКОВ (RFITT) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Казанская медицинская академия, Клиника оториноларингологии

Одной из главных причин стойкого затруднения носового дыхания является патология нижних носовых раковин. В случаях неэффективности консервативного лечения ринита выполняется хирургическое уменьшение носовых раковин.

Цель работы: использование метода термотерапии на основе биполярных токов (RFITT) при лечении хронических ринитов.

Материал и методы. В период конца 2008 — начала 2009 года RFITT метод был применён у 16 больных в возрасте 20–82 лет, страдавших идиопатическим вазомоторным и гипертрофическим ринитом. «CelonLab ENT» — аппарат с автоматически регулируемой выходной мощностью до 240 Вт. Специально разработанный биполярный электрод для внутрислизистой коагуляции раковин.

Результаты. Все пациенты легко перенесли вмешательство. Осложнений не наблюдали. Ранний послеоперационный период протекал с незначительными явлениями отёка и гиперемии слизистой оболочки носа. Воспалительные явления стихали в течение 3–5 суток. Примерно в 70% случаев отёк слизистой оболочки раковин, вызывающий затруднение носового дыхания, отсутствовал. Образование незначительных корок отмечено в месте вкола электрода на 2 сутки наблюдения. Для быстрой реабилитации слизистой оболочки носа назначался носовой душ тёплым раствором $S.NaCl$ 0,9% 2 раза в день. Катамнез изучается.

Заключение. Метод термотерапии на основе биполярных радиочастотных токов эффективен, прост и безопасен при лечении ринитов. Аппарат «*CelonLab ENT*» может с успехом использоваться в стационарных и амбулаторных условиях.

E-mail: vn_krasnozhon@mail.ru

А.С. Лопатин, О.А. Шемпелев ЛАЗЕРНАЯ ДОПЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ

Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова

Гипертрофия нижних носовых раковин (ГНР) — одна из главных причин, вызывающих хроническую заложенность носа. Практически за полтора века для лечения ГНР было использовано огромное количество как консервативных, так и хирургических методов, однако единой концепции в отношении тактики при данной патологии выработано не было. С другой стороны, ощущается недостаток в объективных методах оценки результатов лечения.

Цель исследования: оценить влияние различных хирургических способов лечения ГНР на микроциркуляцию слизистой оболочки полости носа методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 90 человек обоего пола; 30 практически здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 55 лет составили контрольную группу. В основную группу вошли 60 пациентов с ГНР в возрасте от 19 до 52 лет. Основными критериями отбора пациентов для исследования были жалобы на заложенность носа, двустороннее увеличение ННР и наличие сократительной способности ННР при проведении адреналинового теста (АТ).

Пациенты основной группы были распределены на три подгруппы. Проведено клиническое сравнительное исследование трёх методов: подслизистой вазотомии (1 подгруппа), подслизистой шейверной конхотомии (2 подгруппа) и подслизистой остеоконхотомии (3 подгруппа). Все методики проводились под местной инфльтрационной анестезией с применением препарата Ультракаин-форте. Во всех случаях послеоперационная тампонада производилась эластичными тампонами на одни сутки.

Микроциркуляцию в слизистой оболочке полости носа исследовали с помощью аппарата ЛАКК-02 (Россия) методом ЛДФ в инфракрасном режиме. Величину перфузии (показатель микроциркуляции, ПМ) крови, характеризующую поток эритроцитов в единицу времени в 1–1,5 мм³ ткани, измеряли в перфузионных единицах (пф.ед.). Датчик устанавливали на слизистую оболочку среднего отдела ННР. Всем участникам исследования исходно был измерен кровоток в ННР до и после АТ, а пациентам основной группы — ещё и на 7-е сутки и через 3 месяца после хирургического лечения. Статистическая обработка результатов производилась с помощью *Microsoft Excel* 2003.

Результаты. В контрольной группе ПМ составил 5,25 ± 0,61 (пф.ед.), через 2 минуты после АТ интенсивность

кровотока упала до 3,36 ± 0,24 (пф.ед.). У пациентов основной группы ПМ составил 7,49 ± 0,72 (пф.ед.) до и 2,62 ± 0,29 (пф.ед.) через 2 мин после АТ. Исходное значение ПМ в основной группе превосходит тот же показатель в контрольной группе, это указывает на более высокий уровень кровенаполнения ННР за счёт застойных явлений в венозном отделе, что также подтвердилось при проведении математического анализа амплитудно-частотного спектра ЛДФ-грамм (графической записи результатов ЛДФ). А резкое снижение кровотока после АТ связано с нарушениями нейровегетативной сосудистой регуляции. У всех пациентов основной группы на 7-е сутки после операции было отмечено снижение ПМ (6,77 ± 0,51 пф.ед. — в 1 подгруппе, 6,41 ± 0,48 пф.ед. — во 2 подгруппе и 6,72 ± 0,54 пф.ед. — в 3 подгруппе). Наименьший ПМ был получен во 2 подгруппе у пациентов, перенесших подслизистую шейверную конхотомию. Через 3 месяца после операции ПМ во всех подгруппах был близок, а у пациентов, перенесших подслизистую шейверную конхотомию, практически полностью соответствовал ПМ в контрольной группе (5,91 ± 0,52 пф.ед. — в 1 подгруппе, 5,16 ± 0,45 пф.ед. — во 2 подгруппе и 5,73 ± 0,56 пф.ед. — в 3 подгруппе).

Выводы. Метод ЛДФ ещё раз подтвердил наличие нарушений микроциркуляции в слизистой оболочке у пациентов с ГНР. Статистически достоверные различия результатов ЛДФ в трёх подгруппах свидетельствуют о более высокой эффективности подслизистой шейверной конхотомии при лечении ГНР.

*К.И. Нестерова**, *И.А. Нестеров***,
*А.И. Драчук**, *И.Н. Одарченко****,
*М.В. Тютрина**, *Е.В. Надей****, *О.А. Сенина****,
*В.Д. Лантух****, *Н.В. Багишева*****

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

*Омская гос. мед. академия, г. Омск;
**Детский КДЦ ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ», г. Москва;
***Областная клиническая больница, г. Омск;
****Городская клиническая больница № 1 им. проф. А.Н. Кабанова, г. Омск

Цель работы: изучение вопросов эпидемиологии сезонного аллергического ринита (САР) в условиях Западной Сибири.

Материалы и методы. Нами разработана анкета для выявления предрасположенности пациентов к аллергическим реакциям, проведено анкетирование 113 человек, изучены анкеты, амбулаторные карты, истории болезни 280 человек, из них 167 — ретроспективно. Среди пациентов преобладали лица женского пола — 65, до 75 пациентов находились в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 45 лет.

Анализировались жалобы, данные анамнеза, клинического и параклинического обследования пациентов, результаты скарификационных проб и аллергологического обследования. Пациенты относились к одной из пяти групп: I — 22 пациента отделения пульмонологии с бронхиальной астмой; II — 22 пациента ЛОР-отделения с неаллергическими заболеваниями верхних дыхательных путей (ВДП); III — 167 человек с САР, состоящие на учёте в кабинете аллерголога; IV — 48 человек, не имеющих патологии нижних и ВДП, пришедшие на приём терапевта в поликлинику; V — 21 человек, практические здоровые студенты, не состоящие на учёте у терапевта.

Результаты. В I группе у 18 человек (84,8) при анкетировании выявлены признаки САР, подтвердившиеся при аллергологическом обследовании. Во II группе по анкетированию выявлены симптомы САР у 9 человек (40,9), подтвердившиеся затем при аллергологическом обследовании. Причём у 6 пациентов (27,3) отмечается полисенсibilизация к нескольким группам аллергенов в различных комбинациях. III группа — пациентам проводи-

лось полное аллергологическое обследование и специфическая иммунотерапия (СИТ) в течение 2005–2007 гг. Из 167 пациентов 105 были женского пола, 62 — мужского. СИТ в 100 случаях дала положительный результат. В зависимости от степени регрессии симптомов САР СИТ оказалась высокоэффективна в 20 случаях (стойкая ремиссия), хороший эффект получен в 35 случаях (уменьшились симптомы САР), терапия дала удовлетворительный результат в 45 случаях (симптомы САР не прогрессировали). В IV группе при анкетировании симптомы САР были выявлены у 14 пациентов (29,1). В V группе анкетированием выявлены признаки сенсibilизации у 13 человек (62) — полисенсibilизация у 10 человек (47,6), моносенсibilизация — у 3 человек (14,3); отягощённая наследственность — у 8 человек (38).

Выводы:

1. Распространённость САР по обращаемости составляет около 0,3, по результатам аллергологического обследования — 38.
2. Анкетирование является важным средством для выявления симптомов САР и формирования группы риска, пациенты которой нуждаются в углублённом аллергологическом обследовании.
3. Распространённость САР среди пациентов с патологией нижних дыхательных путей в 2 раза выше, чем среди пациентов с патологией ВДП.
4. Эффективность СИТ прямо пропорционально зависит от сроков начала лечения.
5. Выявление аллергического ринита на ранних стадиях по результатам анкетирования на терапевтическом приёме поликлиники; дальнейшая диагностика и диспансеризация являются важным звеном для снижения заболеваемости САР и профилактики atopической бронхиальной астмы.

E-mail: nesterov_ivan@mail.ru

О.В. Решетникова*, **В.Н. Решетников****,
С.В. Решетников***

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ

*ФГУ ДПО Российская медицинская академия постдипломного образования;

**Поликлиника ОАО «Газпром»;

***ФГУ «УНМЦ» Уд Президента РФ

В настоящее время нет объективных критериев для выбора метода хирургического лечения хронических гипертрофических и вазомоторных ринитов.

Около трети жизни человек проводит во сне. В горизонтальном положении тонус нижних носовых раковин изменяется по сравнению с вертикальным. Целесообразно оценивать изменения нижних носовых раковин в вертикальном и в горизонтальном положениях.

Цель исследования: совершенствование методов диагностики и лечения хронических гипертрофических и вазомоторных ринитов.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациентов: 15 с нарушением носового дыхания — основная группа, 14 человек — без него — контрольная группа. Всем пациентам проводилась передняя активная риноманометрия (ПАРМ) в вертикальном и горизонтальном положениях. На следующий день повторно проводилась ПАРМ до и после применения сосудосуживающих интраназальных препаратов (СИП).

Вычислялись следующие показатели: функциональная несостоятельность (ФН) — разница между результатами ПАРМ в вертикальном и в горизонтальном положениях, функциональный резерв (ФР) — разница между результатами ПАРМ до и после применения СИП. В сумме эти показатели определяют функциональную составляющую (ФС), позволяющую оценивать способность носовых раковин к сокращению и расслаблению.

Полученные результаты. По данным ПАРМ, в основной группе носовая обструкция лёгкой степени была выявлена у 3 человек, средней степени — у 7, тяжёлой — у 5.

ФН у 4 человек из основной группы и у 9 из контрольной составила 300 мл/сек и выше; у 5 из основной группы и у 4 из контрольной — от 100 до 300 мл/сек; у 6 из основной и у 1 из контрольной — 100 мл/сек и меньше. ФР у 4 из основной группы и у 2 из контрольной составил 300 мл/сек и выше; у 6 из основной группы и у 6 из контрольной — от 100 до 300 мл/сек; у 5 из основной и у 6 из контрольной — 100 мл/сек и меньше. ФС у 6 из основной группы и у 5 из контрольной составила 500 мл/сек и выше; у 1 из основной группы и у 6 из контрольной — от 300 до 500 мл/сек; у 8 из основной и у 3 из контрольной — 300 мл/сек и меньше.

Выводы. Большой диапазон значений ФС говорит о необходимости дифференцированного подхода к лечению хронических гипертрофических и вазомоторных ринитов. Низкие значения ФС говорят о превалировании в генезе носовой обструкции структурного компонента: тактика лечения должна быть более радикальной по сравнению с пациентами с высокой ФС, у которых преобладает функциональный компонент.

В контрольной группе у части исследуемых объём носового потока в горизонтальном положении достигал 200–300 мл/сек. Это говорит о том, что отсутствие проблемы с носовым дыханием во время бодрствования, маскирует носовую обструкцию во время сна.

E-mail: steant@gmail.com

Ю.Ю. Самуйлов

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Аллергический ринит (АР) — это заболевание, вызывающее различные ограничения в физической, психологической, социальной сферах жизни пациентов.

Цель работы: провести оценку качества жизни (КЖ) пациентов с АР в сравнении с общей популяцией, а также связь с состоянием вегетативного тонуса.

Материалы и методы. Для оценки КЖ у пациентов с АР использовалась российская версия общего опросника SF-36. Обработка данных проводилась посредством специальной компьютерной программы. Для анализа исходного вегетативного тонуса использовались специальные таблицы, включающие основные симптомы, характеризующие состояние симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) посредством выражения интегративных показателей различных функциональных систем в баллах с последующей их суммацией.

Результаты. При оценке КЖ пациентов с АР ($n = 183$) средние значения были статистически максимально значимо ниже по 5 шкалам в сравнении с общей популяцией: *General Health (GH)* — $50,1 \pm 8,7$; *Role-Emotional (RE)* — $51,2 \pm 23,4$; *Social Functioning (SF)* — $50,6 \pm 8,6$; *Vitality (VT)* — $45,4 \pm 1,8$; *Mental Health (MH)* — $46,1 \pm 1,8$ ($p < 0,001$). У больных АР с преобладанием парасимпатического тонуса отмечались статистически максимально значимо более низкие показатели КЖ по следующим шкалам: *GH* — $46,1 \pm 8,4$; *SF* — $48,9 \pm 7,7$; *VT* — $39,6 \pm 7,3$; *MH* — $40,5 \pm 6,6$ ($p < 0,001$). У больных АР с симпатикотонией и вегетативным равновесием по всем шкалам различия оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$).

Выводы:

1. Качество жизни больных, оцененное с использованием общего опросника SF-36, статистически максимально значимо снижено по следующим шкалам: 1) общее состояние здоровья (*General Health* — *GH*); 2) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (*Role-Emotional* — *RE*); 3) жизненная активность (*Vitality* — *VT*); 4) социальное функционирование (*Social Functioning* — *SF*); 5) психическое здоровье (*Mental Health* — *MH*) ($p < 0,001$).

2. Более низкие показатели качества жизни статистически максимально значимо наблюдаются у больных аллергическим ринитом с преобладанием активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы.

3. Качество жизни пациентов с аллергическим ринитом необходимо учитывать при оценке эффективности лечения.

E-mail: wera27@mail.ru

Э.В. Синьков, В.В. Вишняков ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛЭШКАНЕРА, СОВМЕЩЁННОГО С CO₂ ЛАЗЕРОМ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель: изучить возможность использования флэшсканера, совмещённого с CO₂ лазером, при лечении больных с гипертрофией задних концов нижних носовых раковин.

Материалы и методы. Уникальный механизм сканера обеспечивает перемещение сфокусированных лазерных лучей с постоянной скоростью по спирали по всей желаемой зоне сканирования. Уровень вводимой энергии и время воздействия на каждую точку обрабатываемой зоны подобрано таким образом, чтобы возникал быстрый нагрев тканей без термической релаксации. Таким образом, достигается абляция (удаление) тканей без карбонизации путём прогнозируемой вапоризации (испарения тканей) с высокой степенью повторяемости результатов воздействия.

Под нашим наблюдением находился 21 пациент в возрасте от 17 до 58 лет с гипертрофическим ринитом. Давность заболевания — от 2 до 6 лет. Всем больным было выполнено бесконтактное хирургическое воздействие на нижние носовые раковины лазерным лучом с длиной волны 10,6 мкм, подведённым через носовые насадки под контролем эндоскопа. Использовался CO₂ лазер «Lumenis» с флэшсканером «SurgiTouch 780».

Показаниями для лазерного хирургического лечения были выраженные симптомы гипертрофического ринита (стойкое нарушение носового дыхания). Противопоказаниями для лазерного хирургического лечения были выраженное искривление перегородки носа, острые и обострения хронических синуситов.

Операции выполнялись под местной аппликационной анестезией. Под контролем торцевого эндоскопа подвели лазерные носовые насадки (подключённые к дымоотсосу) к задним концам нижних носовых раковин и проводили их вапоризацию. Мощность лазерного излучения составляла от 5 до 6 W в непрерывном режиме.

Результаты. Результаты наблюдения за оперированными больными показали, что значительное улучшение носового дыхания отмечено у 19 из 21 пациентов. Максимальный срок наблюдения составил 0,5 года. При использовании флэшсканера, совмещённого с CO₂ лазером, было отмечено, что реактивные явления со стороны слизистой оболочки полости носа в послеоперационном периоде были незначительные.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности использования флэшсканера, совмещённого с CO₂ лазером, при лечении больных с гипертрофическим ринитом.

E-mail: 1178461@mail.com

Н.В. Яковенко ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

ГОУ ВПО Тюм ГМА Росздрава РФ (кафедра оториноларингологии — зав. кафедрой д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ А.И. Извин)

Актуальность. Аллергический ринит (АР) — хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит Ig-E опосредованное аллергическое воспаление переменной интенсивности, обусловленное воздействием причинно-значимых аллергенов и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости (Гущин И.С., 2004; Абалевиц М.М., 2005; Ильина Н.И., 2004; Лопатин А.С., 2002; Козлов В.С., 2002). Несмотря на то,

что сам АР не относится к жизнеугрожающим заболеваниям, однако он приводит к значительному снижению качества жизни больных, ограничивает их физическую активность, влияет на психологические и социальные аспекты жизни, приводит к проблемам в обучении и нарушениям сна, в силу чего он не может рассматриваться как лёгкое, безобидное заболевание (Лопатин А.С., Гущин И.С., Козлов В.С., Пискунов Г.З., Рязанцев С.В., 2007).

Цель исследования — изучить показатели функционального состояния слизистой оболочки полости носа у больных аллергическим ринитом до и после проводимой терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился 51 пациент в возрасте от 19 до 60 лет с различными формами аллергического ринита. Пациенты были рандомизированы на две группы. Первая состояла из 20 пациентов (контрольная группа), которые получали традиционное лечение, включающее в себя 0,05% раствор будесонида эндоназально, в виде капель, по 2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день. Второй группе, состоящей из 31 пациента, которая являлась основной, назначали 0,05% раствор будесонида (бенарин) в виде низкочастотной ультразвуковой терапии (НУЗ) курсом из 14 процедур, по 1 процедуре в сутки. Средняя суточная доза препарата составляла 160 мкг для одного пациента.

Результаты и обсуждение. Клиническая оценка результатов лечения больных аллергическим ринитом осуществлялась на основании жалоб пациентов, изучения анализа субъективных ощущений и данных оториноларингологического осмотра, оценки функционального состояния слизистой оболочки полости носа. Анализ показал, что I степень нарушения дыхательной функции в основной группе уменьшилась до I–II степени, тогда как в контрольной сохраняется II степени. Отмечается также сокращение среднего транзитного сахаринового времени до $24,2 \pm 0,04$ в основной группе, в то время как в контрольной оно составляет $36,2 \pm 0,02$. Изменились и показатели pH и средней температуры в полости носа от начала проводимого лечения, но в основной группе они остаются достоверно выше по сравнению с контрольной. В мазках-отпечатках после лечения в основной группе обнаружены единичные десквамированные клетки эпителия, единичные эозинофилы, тогда как в контрольной группе клетки эпителия встречаются чаще.

Выводы:

1. Результаты оценки функционального состояния слизистой оболочки полости носа в основной группе достигают физиологических показателей, что указывает на адекватную терапию низкочастотным ультразвуком, раннее купирование воспалительных явлений и активацию местных репаративных процессов.

2. НУЗ-терапия с применением 0,05% будесонида способствует более быстрому и эффективному купированию основных клинических симптомов заболевания и может применяться в амбулаторных условиях.

E-mail: pkd_niginskij@mail.ru

5. ОПУХОЛИ НОСА И ОНП. ХИРУРГИЯ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Х.Т. Абдулкеримов, Р.С. Давыдов,
А.В. Пыхтеев, К.И. Карташова,
В.О. Самойличенко

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
В ЛЕЧЕНИИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская
академия Росздрава, г. Екатеринбург, Россия

Цель работы: оптимизация хирургического лечения и послеоперационного ведения больных с назальной ликвореей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 69 пациентов с назальной ликвореей. Помимо анамнеза и общеклинических методов исследования, всем больным проведено: лучевое исследование (КТ, МРТ и мультипланарное КТ с 3D и VRT

Синупрет®

**Целебная
сила растений
против насморка
и синусита**

Комплексное действие:

- **противовоспалительное**
- **иммуномодулирующее**
- **секретолитическое**
- **противовирусное**

Растительный лекарственный препарат
Рег. уд. П № 014247/01 от 28.03.07
П № 014247/02 от 28.03.07



BIONORICA®

The **phytoneering** company

БИОНОРИКА АГ, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19

<http://www.bionorica.ru>

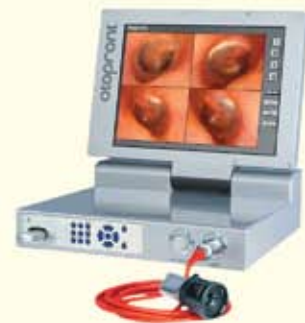
e-mail: bionorica@co.ru



» **ЛОР-УСТАНОВКИ ОТОПРОНТ** (Германия)



■ BASIC PLUS



■ Портативные видеоэндоскопические системы ОТОПРОНТ PES-2



■ SMART

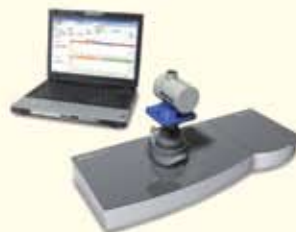


■ ОТОПРОНТ DIGITAL-5

» **НОВИНКИ**



■ АУДИОМЕТР ОТОПРОНТ



■ РИНОМАНОМЕТР ОТОПРОНТ
с возможностью 24-часового мониторинга



■ ТИМПАНОМЕТР ОТОПРОНТ

Подробнее на сайте: WWW.ROSSLYNMEDICAL.COM

ROSSLYN MEDICAL – эксклюзивный представитель:

реконструкцией); биохимическое исследование отделяемого из носа; по показаниям — иммунологическое исследование на определение $\beta 2$ трансферина в отделяемом из носа. Всем пациентам проведено хирургическое лечение — пластика ликворного свищевого хода. В послеоперационном периоде всем больным проводился люмбальный дренаж в течение 3 суток, применялись антибиотики, а также мероприятия, направленные на разгрузку ликворной системы по показаниям. Для оценки степени выраженности уровня ликворного давления и эффективности проводимой терапии использовался метод спинальной инвазивной манометрии.

Результаты. Для анализа результатов все пациенты условно разделены на четыре группы. В первую группу, состоящую из 15 пациентов, входили больные назальной ликвореей, которым выполнены ликворошунтирующие мероприятия (люмбальный дренаж, люмбоперитонеальное шунтирование). Вторая группа состояла из 15 лиц, подвергшихся пластике дефекта основания черепа традиционным классическим нейрохирургическим интракраниальным подходом. Третью группу составляли из 23 пациентов, подвергшихся пластике ликворного свищевого хода эндоназальным подходом. Четвёртую группу составили 16 человек, ликворный свищевой ход которым закрывали комбинированным подходом (интракраниально и эндоназально).

В послеоперационном периоде всем больным проводились мероприятия, направленные на снижение ликворного давления, а пациентам III, IV групп — также мониторинг ликворного давления с использованием инвазивного измерителя низкого давления ИИИД 500/75 «Тритон». Рецидивы назальной ликвореи в исследуемых группах представлены следующим образом. Неэффективность лечения больных I группы ликворошунтирующими вмешательствами наблюдалась в 6 случаях. Во второй группе мы отметили 5 рецидивов. В третьей и четвёртой группе больных рецидивов назальной ликвореи не было.

Профилактика несостоятельности пластики ликворного свища была обусловлена адекватным послеоперационным ведением больных с мониторингом ликворного давления. Все пациенты выписаны домой по выздоровлению, сроки наблюдения варьируют от 3 месяцев до 5 лет.

Выводы:

1. Выбор тактики хирургического лечения назальной ликвореи после комплексного обследования с учётом индивидуальных особенностей пациентов позволяет добиться герметизации ликворного свищевого хода.

2. Мероприятия, направленные на контролируемое снижение ликворного давления позволяют избежать развития несостоятельности пластики дефекта основания черепа, что является профилактикой ранних послеоперационных рецидивов заболелания.

E-mail: abdulkerimov@gkb40.ur.ru

И.И. Акулич, А.С. Лопатин

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ДЛЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента, г. Москва;
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, г. Москва

Анатомическим обоснованием удаления опухолей околоносовых пазух и основания черепа является тщательное изучение топографической анатомии данной области, в том числе эндоскопическое, позволяющее составить наиболее целесообразный хирургический путь и границы оперативного поля, а также предостеречь хирурга от травмы жизненно важных образований и способы борьбы с возможным кровотечением во время операции.

Задачей нашего исследования при этом было определение необходимости и информативности эндоскопической диссекции.

Материал и методы. Для изучения эндоскопической топографической анатомии полости носа, околоносовых пазух и основания черепа нами выполнена эндоскопическая видеодиссекция всех околоносовых пазух, передней черепной ямки и крылонёбной ямки на 15 свежих замороженных трупах. При этом использована эндоскопическая стойка фирмы «Storz» с видеокамерой «Tricam» и полный набор хирургических инструментов и бор для эндоназальной хирургии фирмы «Storz». Диссекция представляла собой последовательное хирургическое вскрытие всех околоносовых пазух в направлении спереди-назад по методу M. Wigand (1981), затем вскрытие стенок пазух, составляющих основание черепа и крылонёбной ямки. Диссекция фиксировалась на видеоносителях, затем обрабатывалась при помощи компьютерной программы *Pinnacle Hollywood FX 6.0 for Studio 10*.

Результаты. Основным анатомическим ориентиром при эндоскопической хирургии является средняя носовая раковина, которую по возможности всегда желательно сохранять. Место прикрепления переднего конца средней носовой раковины примерно соответствует переднему краю ситовидной пластинки. Кпереди от него располагается клетка *agger nasi*, лобно-носовое соустье и лобно-решётчатые ячейки, при наличии таковых (Onodi A., 1922). Передние отделы ситовидной пластинки вместе с *crista galli* представляют сравнительно плотным костным образованием той части основания черепа, которая имеет общую стенку с решётчатым лабиринтом. Плотность ситовидной пластинки убывает по направлению спереди назад к клиновидной пазухе, и в месте соединения с верхней стенкой клиновидной пазухи иногда встречаются дигисценции твёрдой мозговой оболочки.

Наиболее тонкой костной стенкой указанной части основания черепа является латеральная стенка обонятельной ямки — медиальная часть крыши ячеек решётчатого лабиринта.

Передняя решётчатая артерия почти всегда располагается в костном канале, который идёт перпендикулярно из орбиты к обонятельной ямке, располагаясь в костном выступе между входом в карман лобной пазухи и клеткой решётчатого лабиринта. Для обнажения задней решётчатой артерии необходимо удалить всю бумажную пластинку; артерия находится медиально, вплотную к верхушке орбиты. Крылонёбная артерия обнаруживается под слизистой чуть ниже и кзади от места прикрепления заднего конца средней носовой раковины.

Другими, несколько менее важными ориентирами в полости носа являются нижняя носовая раковина и свод носоглотки, которые могут пригодиться при вмешательстве на клиновидной и верхнечелюстных пазухах, а также крылонёбной ямке.

Выводы. Эндоскопическая диссекция является одним из основополагающих методов анатомического обоснования эндоскопической хирургии опухолей околоносовых пазух и основания черепа и позволяет хирургу изучить топографическую анатомию данной области, что снижает вероятность операционных осложнений и повышает качество удаления опухоли.

E-mail: ivan_akulich@mail.ru

И.И. Акулич, В.С. Козлов

СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ СЛОЖНОСТЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

ФГУ «Центральная Клиническая Больница с поликлиникой» УД Президента РФ, г. Москва

Сразу же после внедрения микро-эндоскопических технологий в ринологии хирурги столкнулись с техническими сложностями, связанными с кровотечением во время операции. Особенно это проявлялось при удале-

нии опухолей околоносовых пазух и основания черепа (Stammberger H., 1999). Основным недостатком эндоскопической внутриносовой хирургии является то, что при пользовании эндоскопом одна рука хирурга постоянно занята, удерживая эндоскоп (Пискунов Г.З., Лопатин А.С., 1992). Применение фиксированных держателей эндоскопа не получило распространения из-за специфики постоянно изменяющегося в ходе операции угла оптического поля и необходимости частой очистки наружной торцевой линзы от крови (De Devitis E., 2003).

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности комбинированного микро-эндоскопического удаления крупных доброкачественных опухолей околоносовых пазух и основания черепа как способа решения некоторых технических проблем, связанных с эндоскопической ринохирургии опухолей.

Материал и методы. В данной ситуации нами применялись два способа. При первом способе один хирург держал эндоскоп и заботился о хорошей визуализации операционного поля, а второй хирург оперировал обеими руками, имея в своём распоряжении одновременно отсос и манипулятор. С использованием данной методики прооперировано 3 пациента с инвертированной папилломой околоносовых пазух и основания черепа. Другой способ — сочетание эндоскопической и микроскопической технологий. При этом способе операцию начинали с установки в полости носа «гибкой металлической руки» с носовым зеркалом Килиана. Далее под контролем микроскопа производили удаление основной массы опухоли. Поскольку при работе под микроскопом у хирурга свободны обе руки, он может использовать одновременно щипцы и отсос, что позволяет оперировать в условиях «сухого» операционного поля. Затем под контролем эндоскопа производили окончательное удаление опухоли, формирование и гемостаз операционной полости. Таким способом было прооперировано 3 пациента с доброкачественными опухолями (1 — инвертированная папиллома, 1 — экстраартикулярная миксома, 1 — капиллярная гемангиома).

Результаты. При использовании первого способа — эндоскопической техники «четыре руки» — при наблюдении в течение 2-х лет рецидив инвертированной папилломы был выявлен в одном случае локально в области свода клеток решётчатого лабиринта и потребовал повторного, небольшого по объёму эндоскопического вмешательства. После повторного вмешательства в течение года повторного роста опухоли не обнаружено. При комбинированном микро-эндоскопическом способе удаления опухолей получен хороший результат, который прослежен в течение 0,5–1,5 лет.

Выводы. В целом можно утверждать, что применение комбинированных микроэндоскопических технологий помогает решить часть технических проблем и позволило нам повысить радикальность удаления опухолей, уменьшить интраоперационную кровопотерю, сократив при этом время проведения операции.

E-mail: Ivan_Akulich@mail.ru

**Д. Афзайеш, В.М. Свистушкин,
Д.М. Мустафаев, С.Б. Цагадаева**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Доброкачественные опухоли полости носа (ПН), околоносовых пазух (ОНП) и носоглотки составляют 9,5% в структуре заболеваний ЛОР-органов. Количество больных с данной патологией неуклонно увеличивается, особенно среди лиц молодого возраста.

Как показывает практика, наиболее эффективным методом лечения данной категории больных является хирургический. В тоже время при обсуждении хирургического аспекта лечения остаётся открытым вопрос методики выполнения и объёма хирургического вмешательства.

Цель исследования: повышение эффективности лечения доброкачественных опухолей ПН и ОНП.

Материалы и методы. С 2000 по 2008 гг. в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было проведено обследование и лечение 102 больных с доброкачественными опухолями ПН и ОНП. Лица мужского пола составили 49 (48,03%), а лица женского пола — 53 (51,97%).

В результате проведённого гистологического и цитологического исследования, из 102 пациентов с различными доброкачественными опухолями ПН и ОНП папилломы составили 40 (39,22%), из них плоскоклеточная папиллома — 9, гемангиомы — 28 (27,45%), остеомы — 25 (24,50%), хондромы — 3 (2,95%), фибромы — 2 (1,96%), миксома — в 1 наблюдении (0,98%), хемодектома — 1 (0,98%), хордома — 1 (0,98%) и цементома — 1 (0,98%).

Основным методом лечения больных с доброкачественными опухолями ПН и ОНП являлся хирургический. Только хирургическое лечение проведено в 57 наблюдениях, в 52 (51,48%) случаях — эндоназальное хирургическое лечение, из них с помощью обычных инструментов — 10 (19,23%), с использованием излучения Ho:YAG лазера — у 31 (59,61%) пациента, с использованием излучения двух хирургических лазеров Ho:YAG и KTP — у 7 (13,46%) больных. Радионож использовали в 4 (7,69%) случаях. С доступом по Денкеру оперировали 25 больных; фронтотомию проводили в 16 случаях и фронтотомию со вскрытием решётчатой пазухи — у 6 больных.

Анализ результатов хирургического лечения показал, что метод лечения больных с доброкачественными опухолями ПН и ОНП необходимо выбирать индивидуально в каждом конкретном случае. Хирургическое вмешательство следует выполнять сразу после установления диагноза. Большинство доброкачественных новообразований, не выходящих за пределы ПН, могут быть удалены эндоназально, желательнее с использованием оптики (операционного микроскопа, эндоскопа). При распространении опухоли носа на ОНП, с разрушением костных стенок (III–IV стадии) показано радикальное хирургическое лечение. При опухолях I–II стадии можно ограничиться удалением опухоли в пределах здоровых тканей.

E-mail: mjavanshir@mail.ru

**М.И. Говорун, В.С. Ушаков, Б.В. Куц,
А.П. Румакин**

К ВОПРОСУ О КОМБИНИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ОПУХОЛЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ОРБИТЫ

**Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург**

Диагностика и лечение больных с сочетанными поражениями околоносовых пазух и орбиты представляет определённые сложности как в диагностике, так и в лечении. Вследствие анатомической структуры данной области клиническое течение опухолей этой зоны часто носит скрытый характер. За последние 5 лет в ЛОР-клинике ВМедА прооперировано 65 больных с новообразованиями околоносовых пазух, и в 20% случаев было выявлено распространение патологического процесса в орбиту, что потребовало участие в операциях офтальмолога-онколога.

Основными жалобами были: затруднение носового дыхания, заложенность носа, слизистые или слизисто-кровянистые выделения из носа, асимметрия лица, односторонний экзофтальм, диплопия, снижение остроты зрения, болевые ощущения в соответствующей половине головы, отёк век. При видеоэндоскопии носа имела инфильтрация и смещение латеральной стенки. При осмотре офтальмологом был выявлен экзофтальм различных степеней, ограничение подвижности глазного яблока, затруднение репозиции.

Важное место в диагностике отводилось компьютерной и магнитно-резонансной томографии околоносовых пазух и орбиты. Данные исследования позволили поставить предварительный диагноз, оценить степень вовлечения в опухолевый процесс околоносовых пазух и тка-

ней орбиты, степень сохранности костных структур, определить показания к оперативному лечению и его объём.

Главной задачей операции являлось радикальное удаление новообразования с сохранением, по возможности, глаза и его функции. С 2003 по 2008 гг. было выполнено 12 совместных операций пациентам с новообразованиями околоносовых пазух и орбиты (7 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 39 до 67 лет. По данным компьютерной томографии, было выявлено распространение опухоли в орбиту из верхнечелюстной пазухи и клеток решётчатого лабиринта — 8 случаев, лобной пазухи — 2 случая, решётчатого лабиринта — 2 случая.

Пациентам проведено хирургическое удаление опухоли доступами по Муру — 5, Денкеру — 3, Риделю — 2 и Киллиану — 2. В ходе оперативного вмешательства уточнялись границы поражения опухолевым процессом, возможности сохранения глазного яблока. После выполнения основного этапа операции производилась ревизия орбиты и оценка состояния глазного яблока. При необходимости выполнялась пластика нижней орбитальной стенки. При гистологическом исследовании выявлено: плоскоклеточный рак — у 4 пациентов, переходо-клеточная папиллома — у 4, цилиндрома — 2 больных, остеомы — 2 пациента.

В послеоперационном периоде больные со злокачественным опухолевым процессом получали курсы лучевой и химиотерапии. За время наблюдения отмечен 1 рецидив опухоли (плоскоклеточный рак).

Таким образом, совместное участие ЛОР-хирурга и офтальмолога в комбинированном лечении больных с новообразованиями околоносовых пазух и орбиты позволяет правильно оценить имеющийся патологический процесс (его характер, локализацию и степень распространения); выбрать адекватный хирургический подход; выполнить радикальное вмешательство и сохранить зрение у всех пациентов.

E-mail: lor_vma@mail.ru

В.Р. Гофман, М.И. Говорун **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ** Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

Назальная ликворея — это патологическое состояние, сопровождающееся истечением ликвора из полости носа и возникновением различных воспалительных внутричерепных осложнений. Под нашим наблюдением находилось 69 больных с назальной ликвореей. Травматическая ликворея составила 80%, ятрогенная — 10%, при пороках развития — 5 %, спонтанная — 5%.

Нами разработан следующий алгоритм диагностики назальной ликвореи: биохимический анализ выделений из носа; эндоскопическое исследование полости носа и околоносовых пазух; рентгенографическое исследование; радионуклеидное исследование; КТ, МРТ; КТ, МРТ-цистернография с омнипаком; трёхмерная реконструкция костных структур основания черепа на спиральном томографе.

Целью проведения данных диагностических методик было точное определение ликворной фистулы или локализации предполагаемой зоны свища.

Наиболее ценной диагностической методикой точной локализации ликворного свища является КТ-цистернография с омнипаком (87%), которая проводилась следующим образом: выполнение люмбальной пункции за 30 мин до исследования с введением эндолумбально водорастворимого контраста (омнипак-300, ультравист в количестве 20 мл); придание пациенту специальной позы в коленно-локтевом положении с опущенной головой (носом вниз) на 5–10 мин; выполнение исследования в положении пациента на животе с наклонённым гентелем перпендикулярно основанию черепа; использование коронарных срезов с шагом до 1 мм.

Все трансназальные операции выполнены при помощи эндовидеоскопического комплекса. Было выполнено 69 оперативных вмешательств: 54 трансназальных вме-

шательств (трансэтмоидальных — 20, трансфеноидальных — 29, эндоназальных — 5), 15 транскраниальных вмешательств. Показанием выбора операционного доступа были следующие критерии: локализация ликворной фистулы в области турецкого седла, клиновидной пазухи, а также задних и средних отделах решётчатого лабиринта, при условии нахождения свищевого хода ближе к средней линии, являлись основанием к применению трансназального или трансназально-трансфеноидального доступов; локализация ликворной фистулы в области лобных пазух, передних отделах решётчатого лабиринта, при больших костных дефектах основания черепа, а также латеральное расположение свищевого хода в передней черепной ямке и клиновидной пазухе, особенно при её выраженной пневматизации, при ЧМТ с интракраниальными повреждениями являлись основанием к применению субфронтального доступа.

Преимущества трансназальной хирургии: отсутствие обширной трепанации полости черепа; минимальная травматизация лобной доли при отстойке твёрдой мозговой оболочки (максимально до 20 мм); сохранение обоняния после операции на ситовидной пластинке; отсутствие кожных разрезов на лице и покровах черепа; восстановление ликворного баланса после операции. Неудачи ликвидации ликвореи наблюдались в 6% и были связаны с неадекватной диагностикой и с неудачно выбранными материалами для пластики.

E-mail: lor_vma@mail.ru

В.Р. Гофман, К.П. Головкин, Д.М. Ильясов **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

В последние годы произошёл рост травматизма, увеличилось число тяжёлых сочетанных травм головы, повреждения околоносовых пазух (ОНП) среди которых составляют 29–43%. Патологический процесс у данной категории пострадавших характеризуется высокой частотой развития инфекционных осложнений с последующей её генерализацией. Травма околоносовых пазух, дисфункция выводных протоков с формированием застоя, длительная ИВЛ с выключением активного воздухообмена с полостью носа, горизонтальное положение и вторичное обсеменение госпитальной флорой создают условия для перехода гемосинуса в пиосинус.

Общепринятая хирургическая тактика основана на сроках формирования кровяного свёртка в ОНП, соответствует 6–7 суткам, совпадает со временем максимального риска инфекционных осложнений и не решает задач по своевременному устранению возможных очагов инфекционных осложнений.

Целью работы является оптимизация лечебной тактики у пострадавших с повреждениями ОНП.

Исследование основано на проспективном анализе 22 пострадавших, находившихся на длительной ИВЛ с ТСТ и имевших кранио-фациальные повреждения. Возраст пострадавших 20–50 лет. 1 группа (16 чел.) — с повреждениями ОНП, 2 группа (6 чел.) — без повреждений ОНП. Тяжесть состояния и повреждения пострадавших 1 группы — крайне тяжёлые, у 2 группы — тяжёлые (по шкалам ВПХ-П и ВПХ-СП).

Проводилось микробиологическое исследование содержимого ОНП и трахеобронхиального дерева (ТБД). Забор материала у 1 группы производился во время пункций пазух, начиная с 3–5 суток с момента поступления в стационар и во время синусотомии по поводу развившегося синусита. У 2 группы — аналогичными методами после диагностики нозокомиального синусита. К 4-м суткам у всех пострадавших 2 группы развился синусит. У 86,3% пострадавших с 4-х суток ИВЛ в содержимом ОНП и в аспирате ТБД отмечен рост патогенной микрофлоры с клинически значимым титром 10⁵/мл. Выделенные микроорганизмы имели высокие показатели интенсивности

колонизации от Ig 5 до Ig 8 (КОЕ/мл). Монокультура выделена в 27,6% случаев, микробные ассоциации — в 72,4% и представлены в основном *S. epidermidis*, *K. pneumoniae*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.* Следует предположить: источник инфекции — нозокомиальная флора.

Составляя полученные результаты изучения микробиоты ОНП и аспирата ТБД с данными клинического обследования, следует заключить на фоне тяжёлой черепно-мозговой травмы:

- гемосинус у пострадавших с ТСТ является потенциальным источником инфекционных осложнений;
- выявленные бактерии являлись одной из основных причин развития местного воспалительного процесса, а впоследствии — основным источником генерализованных инфекционных осложнений;
- длительная ИВЛ у пострадавших сама может приводить к респираторным синуситам, даже при отсутствии повреждения ОНП;
- поскольку патологический процесс в ОНП развивается на 3–4 сутки, хирургическая тактика должна быть направлена на раннюю их санацию.

E-mail: lor_vma@mail.ru

В.Р. Гофман, В.Ю. Черebilло АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
кафедра отоларингологии, г. Санкт-Петербург

За период 2004–2008 гг в ВМедА с использованием эндоскопического трансфеноидального доступа оперирован 421 больной с опухолями гипофиза. Радикальность оперативного пособия сопровождается необходимостью достижения более эффективной остановки кровотечения с использованием современного оборудования и гемостатиков.

Можно выделить три основных способа выполнения гемостаза в условиях узкого и длинного операционного канала: метод диатермокоагуляции (биполярная и плазменная коагуляция *Soring* (Германия), монополярная коагуляция *Cusa Excell* (США)); химическая коагуляция (3% раствор перекиси водорода, капрофер); использование современных рассасывающихся гемостатических материалов (*TakoKomb*, *Surgicel*, *Spongostan*, *Liotip*). Так, во время выполнения трансфеноидального доступа к турецкому седлу и вскрытия клиновидной пазухи при диффузном капиллярном кровотечении наиболее целесообразно использование турунд с 3% перекисью водорода, а при локальном кровотечении из мелких артерий — диатермокоагуляции *Soring*.

Как правило, на этапе трепанации дна турецкого седла и вскрытия твёрдой мозговой оболочки кровотечение небольшое, и наиболее эффективным является использование 3% перекиси водорода. Во время удаления опухолевой ткани с помощью отсоса и гипофизарных куреток при небольшом паренхиматозном кровотечении наилучший эффект достигается либо с помощью сухих турунд, либо 3% перекиси водорода. Если структура опухоли плотная и удаление осуществляется ультразвуковым дезинтегратором *Cusa Excell*, то показана монополярная коагуляция, подводимая к наконечнику аспиратора.

Наиболее важен окончательный гемостаз после удаления опухоли. В случае крупных образований, имеющих выраженный супра-, ретроселлярный рост, кровоизлияние в ложе удаленной опухоли в раннем послеоперационном периоде может привести к фатальным осложнениям. Вот почему операция не может быть закончена, если не будет уверенности хирурга в надёжности гемостаза. Для этой цели считаем наиболее эффективным использование препаратов из окисленной регенерированной целлюлозы *Surgicel* и Тахокомба, представляющей собой пластину коллагена, покрытую компонентами фибринового клея.

Фрагменты *Surgicel* помещают в полость удаленной опухоли, а после достижения гемостаза внутри ложа вводят несколько кусочков Тахокомба, которые плотно прижимают клеящейся поверхностью к зоне дефекта

с экспозицией 3–5 мин. Необходимо отметить, что использование пластины Тахокомб обязательно в случае имеющейся интраоперационной ликвореи, так как кроме кровоостанавливающего эффекта дополнительно производится герметизация ликворного хода.

При интенсивном кровотечении из ложа удаленной опухоли рекомендуется использование турунд, смоченных в растворе капрофера и введенных в полость на 5–7 мин. Правильное использование материалов и методик позволяет выполнить остановку кровотечения интраоперационно и максимально снизить вероятность кровоизлияния в ложе удаленной опухоли в раннем послеоперационном периоде.

E-mail: lor_vma@mail.ru

В.И. Егоров, А.А. Азбаров, А.А. Штиль К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Центральный военный клинический госпиталь
им. А.А. Вишневского, г. Москва

Достижения анестезиологии и эндоваскулярной хирургии существенно повлияли на условия проведения оперативного вмешательства по поводу юношеской ангиофибромы основания черепа (ЮАОЧ) — одной из наиболее кровавых операций у человека.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения ЮАОЧ.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находятся 3 пациента (мальчики в возрасте от 5 до 14 лет), оперированные по поводу ЮАОЧ. Новообразование у всех имело одинаковую распространённость: выполняло носоглотку, проникало в полость носа, верхнечелюстную и клиновидную пазухи, решётчатый лабиринт. Распространение опухоли в крылонёбную ямку, зачелюстную, подвижную область и полость черепа не наблюдалось.

Методика оперативного вмешательства: за 3–4 дня до операции выполнялась эндоваскулярная окклюзия верхнечелюстной артерии. Эндотрахеальный наркоз. За 5–10 мин до начала операции — эксфузия крови пациента с одновременной инфузией коллоидного и кристаллоидного раствора в соотношении 1:4 в объёме 0,5–1,5 л до полной стабилизации артериального давления на уровне 100/60 мм. ртутного столба. Дозу вводимых кровезаменителей определяли на основе учёта количества забранной аутокрови и волемического коэффициента, чем создавали нормоволемическую гемодилюцию.

Для расчёта объёма забираемой крови используется следующая формула: $V = \text{ОЦКх} (\text{исходный Нт} - \text{конечный Нт}) / \text{средний Нт}$. Кровь собирали в стандартные пакеты, используемые для заготовки крови. Помимо этого, эксфузия проводилась «в отсутствии больного» и не несла дополнительной психоэмоциональной нагрузки. Объём эксфузии в зависимости от исходного гематокрита достигал 1500 мл крови.

Разрез по переходной складке верхней губы. Обнажение верхней челюсти и грушевидного отверстия. Широкое вскрытие передней стенки гайморовой пазухи, удаление лобного отростка верхней челюсти, носовой кости носового отростка лобной кости. В результате опухоль становится обозримой. Невидимой остаётся часть новообразования, располагающаяся в носоглотке. Устанавливается роторасширитель. Удаление неподвижной части ЮАОЧ производится путём поочередного использования пальца хирурга и большой круглой костной ложки до полного отделения опухоли от места её исходного роста. Ставшую подвижной опухоль носоглотки вывихивают в трепанационную полость, захватывают окончатыми щипцами и без затруднений удаляют целиком. Ксероформный тампон. Задняя тампонада. По окончании операции — полная реинфузия аутокрови, которую выполняет бригада трансфузиологов.

Результаты. Предложенный способ операции оптимизирует условия её проведения, снижая кровопотерю до 200–250 мл, что позволяет осуществлять визуальный контроль удаления опухоли.

Выводы. Эндоскопическая окклюзия верхнечелюстной артерии, эксфузия крови пациента с одновременной инфузией кристаллоидного и коллоидного раствора, полная реинфузия аутокрови по окончании операции минимизируют риск оперативного вмешательства, связанный с кровопотерей, способствуют радикальному удалению опухоли.

E-mail: posta_mia@mail.ru

В.С. Козлов, И.И. Акулич, Т.А. Дворникова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ NBI-ЭНДСКОПИИ
В ЛОР-ПРАКТИКЕ НА ПРИМЕРЕ
ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ
ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ
ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ

Отделение оториноларингологии ФГУ ЦКБ
 с поликлиникой УД Президента РФ, г. Москва

В течение последних 5 лет в область эндоскопических исследований активно внедряется NBI технология (NBI (Narrow Band Imaging — «узкополосное освещение») — это возможность осмотра слизистой в узком спектральном участке света, что значительно улучшает визуализацию капилляров и других структур поверхности слизистой оболочки. В этой технологии применяется эффект выборочного поглощения гемоглобином некоторых длин волн видимого спектра светового излучения. Данный эффект достигается путём наложения оптических фильтров, в которых диапазон света сужается и ограничивается проникающей способностью света, в результате чего становится обзорим сосудистый рисунок. Наиболее часто NBI эндоскопия используется в гастроэнтерологии (Y. Hamamoto, 2004; H. Toyoda, 2006) для клинически раннего обнаружения и предотвращения развития злокачественного опухолевого процесса с целью улучшения качества и продолжительности жизни пациентов (V. Backman et al., 2000).

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей NBI эндоскопии при диагностике новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки.

Материалы и методы исследования. Для проведения NBI эндоскопического исследования использовалась диагностическая установка *EVIS Exera-II* («Olympus», Япония). Данная система оснащена фибронозофаринголарингоскопом, конструктивной особенностью которого является возможность визуализации объекта как в обычном световом режиме, так и в режиме NBI.

При помощи данной установки в течение 2008 г. было проведено обследование полости носа и носоглотки у 53 пациентов в возрасте от 15 до 64 лет, среди которых мужчин было 36, женщин — 17. Основанием для проведения эндоскопического исследования у 47 пациентов было затруднение носового дыхания. У шести пациентов эндоскопия проводилась с целью контроля эффективности хирургического лечения доброкачественных и злокачественных опухолей околоносовых пазух и носоглотки.

Результаты. В группе пациентов, предъявлявших жалобы на затруднение носового дыхания, аденоидные вегетации от 1 до 3 степени были диагностированы у 7 пациентов, полипозный процесс — у 12, опухоли — у 2 больных.

Интересно отметить, что NBI режим позволяет очень чётко визуально отделить нормальную слизистую оболочку от изменённой.

Среди пациентов, наблюдавшихся после эндоскопических операций на околоносовых пазухах по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей было выявлено 2 рецидива: 1 пациент с эстезионеробластомой решётчатого лабиринта и клиновидной пазухи слева и 1 пациент с рецидивом после эндоскопического удаления инвертированной папилломы решётчатого лабиринта и основания черепа.

Выводы. Сосудистая сеть, которая плохо визуализируется при стандартной эндоскопии, хорошо обозрима в режиме NBI, что позволяет выявить участки изменённой слизистой оболочки и идентифицировать специфичный сосудистый рисунок, характерный для опухолей с высокой степенью васкуляризации. Данный режим также может

применяться у пациентов, наблюдающихся после хирургического или комбинированного лечения по поводу опухолей околоносовых пазух и носоглотки. Применение спектральной эндоскопии в оториноларингологии открывает большие возможности ранней диагностики и хирургического лечения на начальных этапах заболевания.

E-mail: Ivan_Akulich@mail.ru

В.В. Лонский, Л.И. Левовко
ОПЫТ ТРАНССЕПТАЛЬНО-
ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА

ГУЗ «Оренбургская областная клиническая
 больница», г. Оренбург

Транссептално-трансфеноидальный доступ (ТТД) при удалении опухолей гипофиза в настоящее время получает всё большее распространение.

Цель работы: рассмотрение результатов хирургического лечения опухолей гипофиза при использовании ТТД

Материал и метод. Прооперировано 27 больных аденомой гипофиза с использованием ТТД. Возраст больных — от 15 до 54 лет; мужчин было 11, женщин — 16. Алгоритм обследования включал в себя осмотр нейрохирурга, невролога, окулиста, отоларинголога, эндокринолога, исследование гормонального профиля, рентгеновское обследование (компьютерная томография головного мозга и придаточных пазух, МРТ головного мозга).

Данные обследования показали, что только у 11 больных опухоль локализовалась в пределах турецкого седла. У 16 больных отмечалась супра- и параселлярное распространение опухоли с нарушением зрения у 7 больных. По клиническим проявлениям и результатам гормонального профиля, соматотропиномы были диагностированы у 18, пролактиномы — у 2 и негормональноактивные опухоли — у 7 больных. С первично выявленной опухолью гипофиза было 26 больных и одна больная поступила с рецидивом аденомы гипофиза после транскраниальной операции.

Все больные были прооперированы ТТД под постоянным видеозендоскопическим и этапным флюороскопическим контролем. На ринологическом этапе операции максимально низко резецировали переднеязычные отделы носовой перегородки. Так же, по возможности широко, удаляли переднюю стенку основной пазухи, что позволяло получить хороший обзор дна турецкого седла.

Подход к турецкому седлу и удаление опухоли проводили с использованием эндоскопов, в основном с торцевой и реже — угловой оптикой. В зависимости от структуры опухоли, удаляли ее кюреткой, антральной ложечкой или микрощипцами в сочетании с аспирацией. При удалении опухоли из боковых и верхних отделов турецкого седла целесообразно использование специального инструментария с заданным изгибом рабочей части. Так как этот этап операции является наиболее ответственным, положение инструментов контролируется с помощью флюороскопии. Операцию заканчивали пластикой дна турецкого седла костным фрагментом носовой перегородки, выполняли реконструкцию последней и тампонаду носа.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, и основные жалобы сводились к дискомфорту в полости носа, вызванному тампонадой в первые 2–3 дня после операции. Больные выписывались в среднем на 8 день после операции.

Результаты исследования. Положительный эффект от лечения достигнут у всех больных, при сроке наблюдения от одного до трёх лет. Это проявлялось в отсутствии рецидива опухоли, нормализацией гормонального профиля и частичном улучшении зрения.

Заключение. Таким образом, трансептално-трансфеноидальная хирургия является малотравматичным методом хирургического лечения опухолей гипофиза. Её эффективность обеспечивается выполнением алгоритма предоперационного обследования, соблюдением техники операции, эндовидео- и рентгеноскопическим контролем на всех этапах хирургического вмешательства.

М.Н. Мельников

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии

Несмотря на непродолжительное время использования в хирургии основания черепа эндоскопического оборудования, она уже достаточно прочно вошла в арсенал не только оториноларингологов, но и нейрохирургов, поскольку значительно расширила возможности оперативного лечения с минимальной травмой тканей во время доступа к патологическому процессу. Типичным явлением, как за рубежом, так и в Российской Федерации, явилась организация центров малоинвазивной нейрохирургии, основным методом в деятельности которых является эндоскопический. Последний активно применяется для проведения ликворшунтирующих операций на головном мозге, щадящем удалении грыж межпозвоночных дисков, хирургии опухолей хиазмально-селлярной области, назальной ликворе и прочих проблемах основания черепа.

Целью настоящего исследования является опыт организации отделения минимально инвазивной нейрохирургии в Новосибирском НИИ травматологии и ортопедии.

Для выполнения поставленной цели были реализованы следующие **мероприятия**: организационные, кадровые, технологические и управленческие. Опыт организации подобия такого отделения имелся в других клиниках и показал, что простая закупка оборудования для эндоскопической хирургии не решает поставленных задач, поскольку в составе клиник уже есть сформировавшиеся специалисты, которые по-своему понимают подходы к лечению заболеваний, чаще всего отдавая предпочтение сложившимся и ранее ими освоенным. Более того, в существующих нейрохирургических клиниках основное внимание уделяется классической нейроонкологии, черепно-мозговой и спинальной травме из-за чрезвычайно широкой их распространённости.

Трансназальные эндоскопические операции при опухолях хиазмально-селлярной области, назальной ликворее, вопросы нейроэндоскопии для лечения гидроцефалии, опухолей и кист желудочков головного мозга не всегда понимаются существующими кадрами. Помимо этого, в стандартном анестезиологическом обеспечении нейрохирургии имеются определённые особенности, не приемлемые для эндоскопической хирургии.

В **результате** проведённых мероприятий нами была сформирована бригада, состоящая из оториноларинголога, приглашённого нейрохирурга с опытом работы в нейроэндоскопии, подготовленного в области синоназальной хирургии анестезиолога, найдено полное понимание в службе лучевой диагностики, запланировано приобретение ангиографической установки и подобран специалист по эндоскулярной хирургии сосудов головного мозга. На настоящем этапе уже достигнуты определённые успехи.

Мировой опыт показывает, что только в тех клиниках, где сформирована команда единомышленников, направленная на получение результата, достигаются выдающиеся успехи в эндоскопической хирургии как ЛОР-заболеваний, так и нейрохирургических. Проблема формирования интегрированной команды решается нами уже не в первый раз и показывает высокую результативность её работы.

E-mail: MMelnikov@niito.u

М.В. Нерсесян, И.Н. Щурова, И.Н. Пронин,
Д.Н. Капитанов, В.Н. Корниенко

ПЕРФУЗИОННАЯ КТ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко
РАМН, г. Москва

Юношеская ангиофиброма — это хорошо кровоснабжаемая, локально инвазивная опухоль, с высокой вероят-

ностью рецидива в раннем послеоперационном периоде. Появление методики суперселективной ангиографии и эмболизации сосудов опухоли позволило удалять ангиофибром без интракраниального распространения минимально инвазивно под контролем эндоскопической оптики. Поэтому очень важной является ранняя диагностика.

Перфузионная КТ позволяет количественно оценить кровотоки любого органа или ткани, совместить анатомическую и физиологическую информацию и поэтому по праву является одним из самых перспективных малоинвазивных методов лучевой диагностики. В настоящее время перфузионное КТ-исследование проводят для оценки гемодинамики опухолей головного мозга, в дифференциальной диагностике поражений мозга, для мониторинга состояния опухоли и лучевого некроза, при ЧМТ, ишемии, гипоксии, окклюзионных заболеваниях магистральных артерий головы. В мировой литературе пока нет данных о применении перфузионной КТ для диагностики юношеских ангиофибром носоглотки.

Цель работы: оценка возможностей КТ перфузии в выявлении резидуальной юношеской ангиофибром носоглотки (ЮАН).

Материалы и методы. Нами было обследовано 14 юношей как с первично выявленными ангиофибромами, так и рецидивами ЮАН в возрасте от 8 до 22 лет. Всем больным проводилось стандартная КТ и перфузионная КТ до и после эндоскопической операции. Исследование проводилось на аппарате *Brilliance G* фирмы *Philips*. Контрастный препарат с концентрацией J_2 350–370 мг/мл, объемом 40 мл и скоростью введения 4 мл/сек вводился с помощью автоматического инъектора в кубитальную вену.

Исследование на 4 различных уровнях позволило выбрать наиболее оптимальные зоны измерений всех компонентов опухоли и окружающих тканей. Построение перфузионных карт производили в режиме «off-line» на рабочей станции *ADW 4.0 GE* (Протокол *Perfusion II*). Для количественного анализа измерялись гемодинамические параметры следующих зон интереса: опухоль, слизистая, мышца, белое вещество головного мозга. Для количественной оценки характеристик микроциркуляции в мозговом веществе используют гемодинамические тканевые параметры, такие как средняя скорость мозгового кровотока (*cerebral blood flow, CBF*), средний объем мозгового кровотока (*cerebral blood volume, CBV*), среднее время транзита крови (*mean transit time, MTT*), вычисленные из расчёта на 100 г массы вещества мозга.

Результаты и их обсуждение. По данным перфузионной КТ, для ЮАН характерны достаточно однородные изменения гемодинамических показателей. Объем мозгового кровотока (*CBV*), мозговой кровотока (*CBF*) опухолевой ткани были достоверно повышены у всех 14 больных по сравнению с аналогичными показателями белого вещества головного мозга, слизистой носа и височной мышцей. Отмечалось удлинение *MTT* (среднее время транзита крови) ЮАН по сравнению с белым веществом головного мозга и височной мышцей. Были выявлены близкие значения *MTT* между слизистой оболочкой полости носа и опухолью. Различия в *CBV*, *CBF* опухоли и гипертрофированной слизистой придаточных пазух носа были столь существенны, что это позволяло легко дифференцировать остатки или рецидив ЮАОЧ от гиперплазии слизистой, что часто является практически невозможным при обычном КТ или МРТ-исследовании.

Закключение. Перфузионная КТ является новым малоинвазивным методом диагностики юношеских ангиофибром носоглотки, который позволяет не только её визуализировать, но и количественно оценить тканевую перфузию опухоли и пути её распространения. Метод высоко эффективен в распознавании резидуальной опухоли даже небольших размеров как в раннем, так и в отдалённом послеоперационном периоде; в выявлении рецидива юношеской ангиофибром на фоне отёчной слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

E-mail: nermarina@yandex.ru

А.В. Черныш, В.И. Садовский, А.А. Сухарев
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ
ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ
ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ

Гомельская областная клиническая больница,
 г. Гомель; Гомельский государственный
 медицинский университет

Диагностика опухолей полости носа, околоносовых пазух и носоглотки на ранних стадиях представляет определённые трудности. Малые размеры опухоли, узость носовых ходов, особенно в задних и средних отделах полости носа, частые искривления носовой перегородки, локализация опухоли в пределах околоносовых пазух (ОНП), маскировка гнойными ринитами и синуситами, высокий плотный рефлекс, недостаточная информативность рентгенограмм — основные причины ошибок в диагностике опухолей.

В большинстве случаев для диагностики опухолей носа, ОНП и носоглотки используют обычные инструментальные риноскопии (передние, средние и задние) и рентгенографии ОНП, которые не позволяют достаточно чётко определить состояние полости носа и ОНП, взять материал для морфологического исследования. В последнее десятилетие на помощь пришли оптическая риноскопия, ринофарингоскопия и риносинусоскопия, МРТ и КТ.

Цель исследования: оценить эффективность оптических риноскопии и риносинусоскопии в диагностике опухоли полости носа и ОНП.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились ретроспективное изучение результатов оптических риноскопий (4432) и риносинусоскопий (52) у взрослых пациентов, проведённых в кабинете микроэндоларингеальной диагностики и лазерной хирургии (МЭЛХ) и карт стационарных больных ЛОР-отделения Гомельской областной клинической больницы за 2004–08 гг. С подозрением на опухоль данных локализаций было направлено 257 пациентов в МЭЛХ. После проведения оптических риноскопий и риносинусоскопий подозрения на опухоль остались у 111 (43,1%). Морфологическое исследование подтвердило диагноз опухоли у 82 (73,8%) пациентов: злокачественные — 46 (56%) и доброкачественные — 36 (44%).

За опухоль при классической риноскопии приняты: полипы полости носа и ОНП у 40 пациентов (15,5%), кисты — у 36 (14%), синуситы — 25 (9%), хронические гипертрофические риниты — у 17 (6,6%), аденоиды — у 15 (5,8%), хронические гипертрофические фарингиты — у 12 (4,6%), аномалии и деформации носовой перегородки — у 12 (4,6%), гипертрофии — у 12 (4,6%), инфекционные гранулёмы — у 8 (3,1%).

Обсуждение результатов. Хотя классические риноскопии дают высокий процент диагностических ошибок (66,8%), это не уменьшает их значимость как скрининговых методов. По локализации опухоли распределились следующим образом: злокачественные синусов — 22, полости носа — 10, носоглотки — 14, доброкачественные синусов — 15, полости носа — 12, носоглотки — 9. Из 23 случаев рака 1-я клиническая стадия установлена у 6 пациентов, 2-я — у 7, 3-я — у 7, 4-я — у 3 (ранние стадии — у 56,5%, поздние — 43,5%).

Нами изучены и проанализированы основные причины запущенных форм рака ОНП, полости носа и носоглотки у исследуемой группы пациентов: поздняя обращаемость — 6, бессимптомное течение — 5, снижение онкологической настороженности у медперсонала — 3, несвоевременное установление диагноза — 2, низкое качество профилактических осмотров — 1.

Выводы:

1. Оптические риноскопии, ринофарингоскопии и риносинусоскопии должны стать одним из основных методов диагностики опухолей полости носа, ОНП и носоглотки.

2. Эффективность оптической риноскопии, ринофарингоскопии и риносинусоскопии выше классических риноскопий на 66,8%.

3. Данные оптической риноскопии, ринофарингоскопии и риносинусоскопии при исследовании опухолей полости носа, ОНП и носоглотки совпадают с морфологическими в 73,8% случаях.

E-mail: charnysh@open.by

**Е.В. Шелско, Д.Н. Капитанов, А.С. Лопатин,
 М.В. Нерсесян**

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЕ
УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ
ЧЕРЕПА

*НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, г. Москва;
 **ММА им. Н.И. Сеченова, г. Москва

Цель исследования: усовершенствование эндоскопических методов хирургического лечения опухолей основания черепа.

Материалы и методы. С 2002 по 2009 гг. в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко эндоскопическим эндоназальным методом прооперировано 80 пациентов в возрасте от 3 до 65 лет, с различными опухолями основания черепа и околоносовых пазух (ОНП). По данным КТ и МРТ, опухоли имели распространение в ОНП, носоглотку (29), подвисочную (2) и крылонёбную ямки (30), полость орбиты (3), основание передней черепной ямки (3), кавернозный синус (1), эндосупраселлярно (11). По гистологической структуре злокачественных новообразований было 11, доброкачественных — 69, из них 34 опухолей сосудистого генеза.

Первым этапом предварительная ангиография проведена 37 пациентам, в 33 случаях произведена эмболизация, в 4 случаях сосудистой сети в опухолевом узле не выявлено. В 7 случаях риска массивной кровопотери в качестве интраоперационной кровесберегающей методики применялся метод реинфузии эритроцитарной массы с помощью аппарата селсейвер (*Fresenius C.A.T.S.*). Система навигации интраоперационно применялась в 7 случаях.

Результаты. Все удалённые опухоли морфологически верифицированы: 30 юношеских ангиофибром, 11 аденом гипофиза, 4 гемангиомы, 4 менингиомы, 4 остеомы, 6 фибром, 3 нейрофибромы, 3 плоскоклеточные инвертированные папилломы, 1 хондрома, 1 хордома, 1 тератома, 1 параганглиома, 1 невринома, 3 эстезионейробластомы, 3 низкодифференцированного рака, 1 перерожденноклеточный рак, 1 остеобластома, 1 лимфома, 1 лейомиосаркома. Тотального удаления опухоли удалось достичь у 66 пациентов. При этом опухолевый узел отделён от окружающих тканей и убран единым блоком в 49 случаях, тотальное фрагментарное удаление произведено в 17 случаях. Субтотальное удаление опухоли выполнено у 14 пациентов.

Это все случаи злокачественных новообразований и при распространении процесса в полость черепа. В 27 случаях во время операции наблюдалась обильная кровопотеря (более 1 л крови). С целью её уменьшения интраоперационно применялась би- и монополярная коагуляция, гемостатическая губка. Пластика основания черепа как заключительный этап операции произведена в 8 случаях. Из них интраоперационная назальная ликворея наблюдалась у 2 пациентов. В качестве пластического материала использовалась аутофасция, жировая ткань, тахокомб.

За период динамического наблюдения (средний срок наблюдения 3,5 года) имело место 4 рецидива с повторным эндоскопическим эндоназальным хирургическим вмешательством. Из них 3 случая юношеской ангиофибромы носоглотки и 1 случай эстезионейробластомы.

Выводы. Эндоскопический эндоназальный метод может успешно применяться для радикального удаления доброкачественных новообразований с ограниченным распространением в ОНП, крылонёбную ямку, носоглотку, орбиту или в качестве полиативной методики для восстановления носового дыхания и декомпрессии при злокачественных опухолях. Качество оперативного лечения повышается путём интраоперационного применения современного медицинского инструментария, системы навигации, селсейвер.

E-mail: ineedusb@yandex.ru

6. ДЕТСКАЯ РИНОЛОГИЯ

А.Г. Волков, В.В. Киселёв, Г.И. Кирий СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У 8-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды) приводит к многочисленным патологическим изменениям, затрагивающим большинство органов и систем организма (М.Р. Богомилский, 2003). На особенности формирования и функционирования иммунной системы в целом и лимфокольца глотки в частности влияют конституциональные факторы. Проявление конституционной предрасположенности к тем или иным заболеваниям могут обнаруживаться уже в детстве (Н.А. Корнетов, 2001).

Цель исследования: определить корреляционную связь степени гипертрофии глоточной миндалины с различными соматическими типами у 8-летних детей.

Материалы и методы исследования. Было проведено исследование 103 детей в возрасте 8 лет. Из них детей с аденоидами I ст. — 9 человек (8,73%), с аденоидами II ст. — 66 человек (64,08%), с аденоидами III ст. — 18 человек (17,48%). В качестве контроля была взята группа здоровых детей — 10 человек (9,71%). Базой исследования было детское ЛОР-отделение МЛПУЗ ГБ № 1 им. Семашко.

Проводилась соматометрия и соматотипирование детей по методике Дорохова Р.Н., Петрухина В.Г.. Выделяли пять основных соматических типов: наносомный (НаС), микросомный (МиС), мезосомный (МеС), макросомный (МаС) и мегасомный (МеГС). При необходимости выделяли дополнительные переходные соматические типы: микромегасомный (МиМеС) и мезомакросомный (МеМаС). Для оценки ряда показателей использовали специальные таблицы.

Результаты исследования. Все соматические типы определяли на основании их положения в треугольнике соматотипирования. Средняя длина тела у детей с аденоидами I ст. составила $125,0 \pm 2,0$ см, с аденоидами II ст. — $127,0 \pm 2,8$ см, с аденоидами III ст. — $128,0 \pm 1,4$ см. Средняя масса тела у детей с аденоидами I ст. — $27,0 \pm 2,6$ кг, с аденоидами II ст. — $29,0 \pm 3,0$ кг, с аденоидами III ст. — $30,0 \pm 2,0$ кг. Средняя жировая масса у детей с аденоидами I ст. — $8,5 \pm 1,8$, с аденоидами II ст. — $10,7 \pm 2,0$, с аденоидами III ст. — $9,6 \pm 1,8$. Средняя мышечная масса у детей с аденоидами I ст. — $72,4 \pm 3,0$, с аденоидами II ст. — $92,4 \pm 3,2$, с аденоидами III ст. — $92,8 \pm 3,0$. Средняя костная масса у детей с аденоидами I ст. — $23,4 \pm 1,8$, с аденоидами II ст. — $24,0 \pm 2,2$, с аденоидами III ст. — $24,6 \pm 1,0$.

В ходе проводимого исследования выявлено, что у 8-летних детей с аденоидами I ст. определяется преимущественно мезосомный тип (88%); с аденоидами II ст. — мезомакросомный тип (59%); с аденоидами III ст. — мезомакросомный тип (55%). Проведение анализа полученных данных утвердили нас в мысли о необходимости его продолжения.

Выводы:

1. Основные соматические типы коррелируют с умеренной (возможно временной или местной) иммунной недостаточностью.

2. Для значительной степени гипертрофии глоточной миндалины характерна корреляция с промежуточным соматотипом.

E-mail: kiSS01@yandex.ru

Н.В. Волов, Г.К. Пшеницына, В.Н. Гришук,
М.С. Овсянникова

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ АДЕНОИДАХ

Амбулаторный центр № 1, г. Самара

Аденоиды и хронические аденоидиты являются одними из наиболее распространенных хронических заболеваний ЛОР-органов в детском возрасте. Частые обостре-

рения аденоидитов являются манифестацией иммунных нарушений в организме транзитных и более стойких, характеризующихся как вторичный иммунодефицит (С.В. Боброва, М.Н. Мельников, Н.В. Терскова, 2006).

Неослабевающий интерес оториноларингологов к данному заболеванию диктуется постоянной практической необходимостью принимать решение о лечебной тактике.

Сформированные в 70-е гг. представления о преобладании хирургической тактики в лечении аденоидов были поколеблены в связи с блестящими, убедительными результатами исследований иммунологов, раскрывающими новые иммунобиохимические аспекты функций лимфаденоидного глоточного кольца. Это привело к развитию щадящих органосохраняющих видеоэндоскопических методов хирургического лечения аденоидов (Н.В. Еремина, Ю.Ю. Русецкий, 2002, 2006), внедрению эндоскопических методик классического варианта аденотомии и проявлению большего внимания специалистов к консервативной тактике лечения аденоидов.

В Амбулаторном центре № 1 г. Самары лечение детей с аденоидами проводится в течение семи лет. Используются хирургические и консервативные методы лечения.

Анализируя имеющиеся отчетные данные, мы пришли к выводу, что количество пациентов с аденоидами, обратившихся за помощью в Амбулаторный центр № 1, в целом возрастает. Так, в 2005–2006 гг. к нам обратилось 48 детей, в 2007–2008 гг. — 134 ребенка. Но если в 2005–2006 гг. преобладали пациенты 4–5-летнего возраста, то в 2007–2008 гг. это были дети 7–8 лет. Каждый третий ребенок проходил в поликлинике регулярные курсы консервативного лечения без устойчивого эффекта.

Базовым методом хирургического лечения аденоидов в Амбулаторном центре № 1 является классическая аденотомия с помощью аденотома Бекмана. В послеоперационном периоде назначается антибиотик. Мы отдаем предпочтение малотоксичной группе макролидов и практически всегда используем клацид в возрастной дозировке. Этот эффективный антибиотик имеет удобную педиатрическую форму эмульсии с приятным запахом и вкусом. Возрастная доза легко рассчитывается, а наличие мерной ложки удобно для использования препарата в домашних условиях. Назначается 2% раствор протаргола в каплях для носа. После операции наблюдаем ребенка в течение 3–4 недель.

Имея современное эндоскопическое оборудование, мы поставили цель определить отдаленные результаты классической аденотомии и сравнить их с результатами эндоскопической органосохраняющей аденотомии.

Обследовано 63 ребенка (25 мальчиков и 38 девочек) в возрасте 7–8 лет, перенесших аденотомию 1,5–2 года назад. Отбор детей производился случайным методом, и группы были равночисленны (1 группа — 29 детей, 2 группа — 34 ребенка) и сопоставимы по полу и возрасту.

Мы выясняли жалобы и анамнестические данные, исследовали функции носового дыхания по способу В.И. Воячека. Для оценки результатов хирургического лечения проводили эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки. Как в первой, так и во второй группах отсутствовали жалобы на затрудненное носовое дыхание. Частота респираторных заболеваний только у 23% пациентов сохранялись на уровне двух раз в год. У остальных 77% респираторные заболевания прекратились. Все прооперированные дети были исключены педиатрами из группы часто болеющих. Эндоскопическое исследование показало, что слизистая оболочка полости носа в обеих группах одинаково соответствовала норме — была розовой, влажной и блестящей. Рецидивы гипертрофии глоточной миндалины в обследованных группах не выявлены. Однако состояние носоглотки после видеоэндоскопической операции представлялось более физиологичным — глоточная миндалина не выходила из границ нормы, а сформированная рубцовая ткань оставалась нежной и умеренно выраженной.

Полученные данные позволяют нам оценить классическую методику аденотомии как достаточно эффективную.

Считаем необходимым отметить всё более позднее обращение родителей за хирургической помощью ребен-

ку. Установка на преимущественно консервативные методы лечения аденоида, по нашему мнению, непродуктивна. Вероятно, это связано с невозможностью выполнить все аденотомии видеоэндоскопическим способом, на который ориентирована сейчас большая часть педиатров.

Анатомическое положение глоточной миндалины таково, что гипертрофия её незамедлительно приводит к нарушению носового дыхания и барофункции уха, со всеми вытекающими отсюда последствиями. Полагаем, что следует вернуться к первоначальным представлениям, что важнейшим показанием к аденотомии является нарушение носового дыхания.

Проведённое нами исследование с использованием современной эндоскопической техники убеждает, что классическая аденотомия остаётся надёжным и эффективным способом хирургического лечения аденоидов.

А.В. Володин

ИЗУЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ РИНОТУБАРНОГО КОМПЛЕКСА ОТ РАЗМЕРА НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭНДСКОПИИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3–5 ЛЕТ

Медицинский центр «Консультант», г. Тула

Гипертрофия носоглоточной миндалины является основной проблемой в практике детского отоларинголога, особенно при развитии тубарной дисфункции. Своевременная диагностика гипертрофии носоглоточной миндалины — это залог адекватной терапии тубарной дисфункции и профилактики тугоухости. Вышеуказанные факты диктуют необходимость изучения размеров носоглоточной миндалины у детей данной возрастной группы для объективного мониторинга терапии и возможности создания индивидуальной программы оздоровления.

Целью настоящего исследования явилось изучение тубарной дисфункции в зависимости от размера носоглоточной миндалины по результатам эндоскопического исследования полости носа и носоглотки у детей в возрасте 3–5 лет.

Задачи исследования:

1. Определить размер носоглоточной миндалины у детей при проведении эндоскопии полости носа и носоглотки.

2. Провести тимпанометрию у исследуемых детей с данной патологией.

Материалы и методы. В течение 2007–2008 гг. в медицинском центре «Консультант» г. Тулы (главный врач — к.м.н. Ю.Н. Кузько) находились на обследовании и лечении 127 детей в возрасте от 3 до 5 лет с диагнозом «гипертрофия носоглоточной миндалины». Эндоскопическое исследование проводилось жёстким эндоскопом диаметром 2 мм фирмы «Карл Шторц» (Германия) с последующим архивированием цифровой информации с помощью цифрового тюнера «Панасоник». У 15 пациентов трёхлетнего возраста мы использовали гибкий фиброриноскоп диаметром 2 мм с аналогичной технической поддержкой. Этот факт продиктован тем, что при введении жёсткого эндоскопа из-за отёка слизистых полости носа травмируется и кровит слизистая оболочка полости носа. Это делает невозможным дальнейший осмотр (кровь заливает всё поле зрения) и пугает мать с ребенком. Эндоскопический осмотр проводился с использованием местно аэрозоля лидокаина 10% по 1 дозе в каждую ноздрю 3 раза с интервалом 1 мин. Тимпанометрия проводилась в положении сидя, при спокойном дыхании ребенка, разговоры и глотательные движения были исключены. Использовался тимпанометр *HAINÉ* (Германия).

Все родители были информированы о целях и способах предстоящего исследования, о чём свидетельствуют добровольные информированные письменные согласия на проведения вышеуказанных исследований.

Результаты исследования. При проведении эндоскопического исследования было выявлено, что размеры носоглоточной миндалины II и III степени составили почти

одинаковое количество (49 (39%) и 43 (34%) соответственно). До настоящего времени существует определённая трудность в определении показаний к оперативному лечению носоглоточной миндалины указанных размеров. Существующие методики определения количества и качества дыхания в этой возрастной группе практически не приемлемы по техническим причинам либо из-за отрицательной комплаентности. Тимпанометрия — единственный способ объективного исследования слуховой трубы, позволяющий быстро, безболезненно и достоверно определить наличие тубарной дисфункции — как достоверного признака, определяющего показание к эндоскопической аденотомии.

Тимпанометрия типа «А» больше всего отмечалась при гипертрофии носоглоточной миндалины I степени (15%). Вариант тимпанометрии «В-С» отмечался преимущественно при гипертрофии II степени, а тип «В» — при гипертрофии носоглоточной миндалины III степени.

Таким образом, исследование слуховой трубы — тимпанометрия — одновременно при проведении диагностического эндоскопического исследования полости носа и носоглотки является методом выбора для решения вопроса целесообразности эндоскопической аденотомии.

E-mail: konsultantmed@mail.ru

А.В. Володин

ИЗУЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ФОРМЫ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭНДСКОПИИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3–5 ЛЕТ

Медицинский центр «Консультант», г. Тула

У детей дошкольного и младшего школьного возраста среди заболеваний лимфоэпителиального кольца Пирогова — Вальдейера наиболее часто встречается гипертрофия и воспаление носоглоточной миндалины, что составляет 62% в структуре ЛОР-патологий и 28% заболеваний дыхательных путей. Среди часто болеющих детей частота поражения ЛОР-органов колеблется от 50 до 70%. Гипертрофия носоглоточной миндалины оказывает выраженное негативное влияние на растущий организм ребёнка, вызывая целый ряд комплекс нарушений как местного, так и общего характера. Выявлена связь между хроническим воспалением носоглоточной миндалины и выраженными вегетативными расстройствами (М.Б. Самоткин, 1999), с заболеваниями бронхолегочной системы (М.Р. Богомильский, 2005), с изменениями лицевого скелета — формирование дистального и глубокого прикуса; выявлена связь с гемодинамическими нарушениями (О.В. Калиниченко, 2000). Вышеуказанные факты диктуют необходимость изучения эндоскопической картины полости носа и носоглотки детей данной возрастной группы для объективного мониторинга терапии и возможности создания индивидуальной программы оздоровления.

Целью настоящего исследования явилось изучение локализации носоглоточной миндалины по результатам эндоскопического исследования полости носа и носоглотки у детей в возрасте 3–5 лет.

Задачи исследования: определить локализацию и форму носоглоточной миндалины у детей при проведении эндоскопии полости носа и носоглотки.

Материалы и методы. В течение 2007–2008 гг. в медицинском центре «Консультант» г. Тулы (главный врач — к.м.н. Ю.Н. Кузько) находились на обследовании и лечении 127 детей в возрасте от 3 до 5 лет с диагнозом «гипертрофия носоглоточной миндалины». Эндоскопическое исследование проводилось жёстким эндоскопом диаметром 2 мм фирмы «Карл Шторц» (Германия) с последующим архивированием цифровой информации с помощью цифрового тюнера «Панасоник». У 15 пациентов трёхлетнего возраста мы использовали гибкий фиброриноскоп диаметром 2 мм с аналогичной технической поддержкой. Эндоскопический осмотр проводился с использованием местно аэрозоля лидокаина 10% по 1 дозе в каждую ноздрю 3 раза с интервалом 1 мин.

Все родители были информированы о целях и способах предстоящего исследования, о чём свидетельствуют добровольные информированные письменные согласия на проведения вышеуказанных исследований.

Результаты исследования. При проведении эндоскопического исследования было выявлено, что типичная носоглоточная локализация отмечалась у 87 ребенка (69%); сошниковая — 28 детей (22%); атипичная — 12 детей (9%). Из данного исследования видно, что преобладает типичный носоглоточный вид, который эндоскопически определялся наличием основного массива ткани миндалина, преимущественно фиксированной в своде носоглотки. Сошниковый вид встречался в 22% случаев. Данная локализация объясняет факт частых рецидивов и сомнительных прогнозов. Атипичный вид был представлен односторонними скоплениями лимфоидной ткани, наличия её в иных местах (мыс Пассаванта, локально у складок Цефауля и Тортауля). Семерым детям с атипичной локализацией ранее была проведена аденомотомия. Это наиболее сложный и неблагоприятный вид локализации. Определить атипичную локализацию возможно только эндоскопией носоглотки.

Наиболее частой формой носоглоточной миндалина отмечалась шарообразная — 62 ребенка (49%). Эта форма наиболее благоприятная для хирургического лечения; редко сопровождается развитием тубарной дисфункцией и нёбной недостаточностью. На втором месте — распластанная форма — 43 ребенка (34%). Эта форма часто встречается при рецидивах аденоидных вегетаций, частых развитиях тубарной дисфункцией и отитов. Нормальная форма — у 22 детей (17%).

Таким образом, из проведённой нами работы можно сделать следующие **выводы**:

1. Целесообразно описывать локализацию и форму носоглоточной миндалина для определения прогноза терапии и объективного обоснования показаний к хирургическому лечению.

2. Благоприятная носоглоточная локализация вышеуказанной миндалина встречалась в 69% случаев, шарообразная форма носоглоточной миндалина составила 49% случаев.

3. Почти четверть детей имели неблагоприятную сошниковую локализацию (22%) и более одной трети (34%) имели распластанную форму данной миндалина, что объясняет сомнительный прогноз традиционной терапии.

4. При эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки у детей трёхлетнего возраста целесообразно использовать гибкий фиброриноскоп с минимальной подачей светового потока, который позволяет с минимальной травмой нижних носовых раковин и перегородки носа выполнить осмотр интересующих анатомических образований.

E-mail: konsultantmed@mail.ru

**Т.И. Гаращенко, О.А. Денисова,
Н.В. Морозов, А.П. Китайгородский**
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЛИМФОИДНОЙ
ТКАНИ НОСОГЛОТКИ**

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава; Морозовская детская городская клиническая больница

Цель: определить вид хирургического вмешательства в носоглотке в зависимости от анатомического строения и функционального состояния лимфоидной ткани (ЛТ).

Материалы и методы. Произведена оценка оперативных вмешательств, проведённых у 138 детей в ЛОР-отделении Морозовской ДГКБ г. Москвы. Возраст детей — от 3 до 14 лет. Все дети поступали в стационар в плановом порядке с диагнозами: аденоиды 2–3 степени — 72 ребёнка; аденоиды 2–3 степени, гипертрофия нёбных миндалин — 36 детей; аденоиды 2–3 степени, гипертрофия трубных миндалин (ТМ) — 20 детей; аденоиды 2–3 степени, хронический декомпенсированный тонзиллит — 6 детей; гипертрофия ТМ — 4 детей.

Проведены следующие виды оперативных вмешательств: аденомотомия (134 ребёнка), деструкция ТМ (24 ребёнка), тонзиллотомия (36 детей), тонзиллэктомия (6 детей), деструкция фолликулов задней стенки глотки (12 детей).

Все операции выполнены под эндоскопическим контролем с использованием общего обезболивания.

Для удаления ЛТ в носоглотке использовались: аденотом Бекмана, микродебридер, полупроводниковый лазер, аппарат холодноплазменный *Coblator*.

При операции на глоточной миндалине основной массив удалялся аденотомом Бекмана или микродебридером, остатки ЛТ в труднодоступных участках деликатно удалялись микродебридером или коблатором. ЛТ задней стенки носоглотки удаляли максимально щадяще: во-первых, манипуляции в этой зоне практически всегда связаны с повышенной кровоточивостью, во-вторых — с целью предотвращения развития открытой гнусавости в послеоперационном периоде. В данном случае обычно использовали холодноплазменное воздействие, имеющее ряд преимуществ: удаление ткани происходит поверхностно, послойно и не сопровождается кровотечением; выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде значительно меньше по сравнению с другими методами воздействия.

При небольших размерах глоточной миндалина, вторых операциях предпочтение отдавалось коблации.

Для хирургии ТМ использовался полупроводниковый лазер, позволяющий проводить подслизистую деструкцию ЛТ с последующим её сокращением; при выраженной гиперплазии и дольчатом строении проводилось их частичное удаление микродебридером или коблатором.

Тонзиллэктомия проводилась по классической методике, для частичного удаления нёбных миндалин использовался микродебридер или коблатор.

Оценка раневой поверхности в носоглотке (отёк, гиперемия, наложения, кровоточивость) проводилась во время диагностической эндоскопии носоглотки на 3, 7 и 30 сутки после операции. Также проводилась оценка субъективных ощущений больного.

Результаты. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечалось. Реактивные изменения в носоглотке в раннем послеоперационном периоде были наиболее выражены в случаях применения в процессе операции аденотома Бекмана.

Эндоскопическая картина не имела достоверных различий при вмешательствах с использованием микродебридера, коблатора и лазера, однако субъективные ощущения болезненности и дискомфорта в послеоперационном периоде были выражены меньше в случае применения коблации.

Выводы. Определение тактики и выбор технических средств для проведения операции на лимфоидноглоточном кольце у детей должны проводиться с учётом анатомического строения и функционального состояния ЛТ, что способствует улучшению качества операции, приводит к сокращению времени её проведения, сокращает количество интра- и послеоперационных осложнений, уменьшает нежелательные субъективные ощущения ребёнка в послеоперационном периоде.

E-mail: olgaden2@rambler.ru

**Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов, В.А. Липатов,
Л.Н. Ерофеева**

**ИССЛЕДОВАНИЕ МУКОЦИЛЛИАРНОГО
ТРАНСПОРТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ГЛОТОЧНОГО УСТЬЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ
У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ
ОТИТОМ**

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Цель исследования: оценить состояние мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы у детей с экссудативным средним отитом (ЭСО).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 19 детей в возрасте 11–16 лет с ЭСО, при эндоскопическом исследовании носоглотки у которых обнаруживались свободные глоточные устья слуховых труб и слизистый секрет, истекающий из них.

В день поступления выполнено исследование мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы с помощью «Линтекс-Мезогеля» (4% гель натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы (Натрий-КМЦ), содержащего 0,5% метиленового синего. Выбор «Линтекс-Мезогеля» в качестве основы был обусловлен тем, что количественное содержание Натрий-КМЦ в нём не влияет на транспортную активность мерцательного эпителия слизистой оболочки и создаёт необходимую вязкость, гель обладает физиологической инертностью и отсутствием раздражающих свойств (токсикологическое заключение ГУН ВНИИМТ МЗ РФ №34/27 от 18.01.05 г.). Включение метиленового синего в гель позволило визуально оценить транспорт секрета в устье и обеспечить бактериостатический эффект слизистой оболочки. Под эндоскопическим контролем 1–2 капли геля наносили на слизистую оболочку глоточного устья слуховой трубы, после чего оценивали характер перемещения подкрашенного секрета.

Результаты исследования. У 7 детей отмечена задержка окрашенного секрета в глоточном устье, как в покое, так и при активных глотательных движениях, что свидетельствовало о нарушении мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки в этой области. У 12 детей окрашенная слизь стекала из устья вдоль трубного валика к дну полости носа в виде характерной «дорожки». Хирургическое лечение было проведено всем больным.

У всех больных интраоперационно взят биоптат участка слизистой оболочки из глоточного устья. По данным патоморфологического исследования, во всех случаях ткань биоптатов покрыта частично мерцательным эпителием, частично — многослойным плоским в различной степени выраженности. Характерной особенностью биоптатов детей с задержкой окрашенного секрета в устье трубы являлось преобладание участков многослойного плоского эпителия над мерцательным, у детей с наличием «дорожки» слизи из устья — преобладание участков мерцательного эпителия над многослойным плоским. Таким образом, затруднение транспорта подкрашенного секрета из глоточного устья слуховой трубы было связано с выраженной дисплазией мерцательного эпителия в этой области.

По нашему мнению, у таких больных создаются благоприятные условия для образования слизистой «пробки», нарушения вентиляции и дренирования барабанной полости, что может усугублять течение ЭСО и влиять на результаты лечения больного.

Выводы. У некоторых детей с ЭСО в слизистой оболочке глоточного устья слуховой трубы выявляется дегенеративные изменения, характеризующиеся выраженной дисплазией мерцательного эпителия и затруднением мукоциллиарного транспорта в этой области.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов,
Т.В. Хлобыстова, В.В. Черненко**
**ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОЛОСТИ
НОСА У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ
СРЕДНИМ ОТИТОМ И ВРОЖДЁННОЙ
НЕСКВОЗНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА**
Курский государственный медицинский
университет, г. Курск

В настоящее время недостаточное внимание уделяется проблеме экссудативных средних отитов (ЭСО) у детей с врождённой расщелиной нёба (ВРН). В отечественной литературе имеется ограниченное количество публикаций, касающихся ведущих причинных факторов заболевания и характерной эндоскопической картины полости носа и носоглотки у таких детей (Н.С. Загойнова, 2002; А.В. Соколова, 2003; С.Г. Вахрушев с соавт., 2006).

Цель исследования. На основе данных эндоскопического исследования выявить характерные топографо-анатомические особенности строения полости носа у детей с несквозной ВРН и ЭСО.

Материал и методы исследования. За период с 2006 по 2008 г. нами обследовано 18 детей в возрасте 3–7 лет, находившихся на лечении в отделении челюстно-лице-

вой хирургии Курской областной клинической больницы с ВРН, не проникающей через альвеолярный отросток (несквозная расщелина), и сопутствующим ЭСО. Полных расщелин, захватывающих всё твёрдое и мягкое нёбо, ни у одного обследуемого выявлено не было, во всех случаях в той или иной мере был расщеплён задний край твёрдого нёба и определялось укорочение мягкого нёба. В 12 случаях диагностирована неполная (частичная) расщелина, располагавшаяся на всём протяжении мягкого и части твёрдого нёба, которая захватывала все слои. В 6 случаях выявлена подслизистая расщелина, распространяющаяся на протяжении мягкого и части твёрдого нёба, при этом изъём имел гладкие края и был покрыт с ротовой и носовой стороны только слоем слизистой оболочки. Эндоскопическое исследование полости носа проводилось под общим наркозом перед началом операции на нёбе.

Результаты исследования. Характерных отличий в строении структур полости носа у детей с неполной и подслизистой расщелиной не выявлено. Вместе с тем у всех больных отмечено наличие вязкого слизистого отделяемого в нижнем носовом ходе, сочетания различных типов деформаций носовой перегородки, недоразвитие сошника и гипертрофия нижней носовой раковины. Сужение носового клапана за счёт деформированной носовой перегородки в передних отделах выявлено у 13 детей, из них: у 5 — с двух сторон, у 8 — с одной стороны. Сужение общего носового хода на стороне, противоположной расщелине твёрдого нёба, из-за смещения носовой перегородки в эту сторону выявлено у 8 детей; сужение среднего носового хода вследствие деформации перегородки на границе четырёхугольного хряща и перпендикулярной пластинки решётчатой кости — у 5 детей, из них: у 3 — с одной стороны, у 2 — с двух сторон; сужение нижнего носового хода вследствие шипов и гребней на месте соединения перпендикулярной пластинки и сошника, гипертрофии нижней носовой раковины и деформации дна полости носа — у 16 больных, из них: у 4 — с одной стороны, у 12 — с двух сторон.

Всем больным выполнена уранопластика, из них в 7 случаях в сроки до одного года после операции на нёбе в связи с выраженным затруднением носового дыхания и сохраняющимися симптомами ринита, синуситов и рецидивирующего ЭСО произведены хирургические вмешательства на носовой перегородке и носовых раковинах.

Вывод. По нашему мнению, указанные изменения способствуют у детей с несквозной расщелиной нёба развитию хронического ринита и синуситов, недостаточности мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки, снижению факторов местного иммунитета и бактериальному инфицированию назального секрета. Нарушение нормальной подвижности мягкого нёба в виде большей её мобильности и смещения краёв нёба к боковым стенкам носоглотки при глотании способствует рефлюксу назального секрета в слуховые трубы.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**Е.П. Карпова*, Д.А. Тулупов*,
Т.Г. Завикторина****

**ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ГЛОТОЧНОЙ
МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ
АДЕНОИДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ
С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ)**

*Кафедра детской оториноларингологии РМАПО,
г. Москва;

**Кафедра Педиатрии МГМСУ, г. Москва

Заболевания органов лимфоглоточного кольца занимают первое место по распространённости среди всех ЛОР-заболеваний в детской оториноларингологии. К основным причинам хронического воспалительного процесса глоточной миндалины относятся действие патогенной бактериальной флоры, аллергическое воспаление, воздействие вирусов. Однако в последнее время появились данные о влиянии кислого химуса у детей с ГЭРБ на поддержание хронического воспалительного процесса глоточной миндалины.

Цель работы: изучить влияние ГЭРБ на течение хронического аденоидита у детей.

Материалы и методы. Группу исследования составили 20 детей в возрасте от 5 до 14 лет, находящихся на стационарном лечении с диагнозом ГЭРБ, подтвержденным данными ФГДС, 24-часовой рН-метрии и рентгенологического исследования пищевода с ВаSO₄, у которых при сборе анамнеза и осмотре ЛОР-органов были обнаружены клинические признаки хронического аденоидита. Перед проведением осмотра ЛОР-органов у детей брался мазок из носоглотки для бактериологического исследования.

Контрольную группу составили 10 детей, не имеющих признаков ГЭРБ, с клиническими проявлениями хронического аденоидита. Детям контрольной группы был проведен объем исследований, аналогичный детям из основной группы. Всем детям был проведен курс лечения аденоидита — орошение носа раствором «Аквафор» 3 раза в день в течение 1 месяца. Дети основной группы получали внутрь препарат домперидона в дозировке 0,25 мг/кг массы 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1 месяца. Оценка результатов лечения была проведена через 7 дней после окончания курса лечения.

Результаты исследования. В посевах из носоглотки у детей основной группы наиболее часто встречался *S. aureus*, который дал рост у 16 из 20 детей, у 15 детей были обнаружены α-гемолитические стрептококки, у 13 — непатогенные нейссерии, у 9 — *K. pneumoniae*, у 8 — *M. catarrhalis* и *Str. pneumoniae*, у 2 — *H. influenzae*. В количественном соотношении значительно преобладал *S. aureus* (105–106 КОЕ/мл), аналогичные показатели получены при высеваемости пневмококка и α-гемолитических стрептококков. Степень обсеменения других микроорганизмов не превышала 10³–10⁴ КОЕ/мл. У детей контрольной группы доминировали α-гемолитические стрептококки, которые дали рост у 10 из 10 детей, у 9 детей был обнаружен непатогенные нейссерии у 5 — *S. aureus*, у 3 — дрожжеподобных грибов рода *Candida*, у 2 — *K. pneumoniae*, у 1 — *Str. pneumoniae*, *S. epidermidis* и *M. catarrhalis*. В количественном соотношении значительно преобладали α-гемолитические стрептококки и непатогенные нейссерии (10⁴–10⁷ КОЕ/мл). Степень обсеменения *S. aureus* и грибов рода *Candida* обычно не превышали 10³–10⁴ КОЕ/мл. В результатах повторного исследования микрофлоры носоглотки выявлено увеличение количества низкокатогенной микрофлоры до 10⁶–10⁷ КОЕ/мл и уменьшение (не более 10³ КОЕ/мл) или полное исчезновение патогенных микроорганизмов у детей основной и контрольной группы исследования.

Выводы. Исходя из полученных результатов, можно утверждать, что ГЭРБ у детей с ГЭРБ является одним из факторов, провоцирующих и поддерживающих воспаление глоточной миндалины. ГЭРБ отягощает течение хронического аденоидита, создавая условия для персистенции патогенной флоры в данном локусе. При диагностике и лечении хронического аденоидита необходимо учитывать возможность наличия у ребёнка ГЭРБ. При подтверждении ГЭРБ в курс лечения хронического аденоидита должна быть включена антирефлюксная терапия.

E-mail: tulupovdenis@yandex.ru

**К.И. Карташова, В.О. Самойличенко,
Р.С. Давыдов, Т.В. Рожкова**

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ ДГКБ № 9 Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

На сегодняшний день ведущее место в общей структуре ЛОР-патологии стационарного профиля занимают заболевания носа и околоносовых пазух. Синуситы в этой структуре имеют тенденцию к постоянному росту. По данным М.Р. Богомильского, Г.Л. Балясинской (2008), острый синусит занимает от 10–20 от всех ЛОР-заболеваний у детей, а хронический — от 16–34.

Цель исследования: анализ и исследование распространённости патологии носа и ОНП у детей, с последующим выявлением динамики развития заболеваемости за последние 3 года.

Материалы и методы исследования. Был проведён ретроспективный анализ историй болезней детей с патологией носа и околоносовых пазух (ОНП), находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ДГКБ № 9 с 2006 по 2008 г.

Результаты. Всего в период с 2006 по 2008 г. было пролечено 998 больных. Из них 783 (31,7) с острым синуситом, 213 (8,6) — с хроническим синуситом, в том числе 30 (1,2) детей — с орбитальными осложнениями на фоне синуситов. У 145 лиц (5,9) было обнаружено искривление носовой перегородки, вазомоторный ринит был диагностирован у 58 (2,3) больных, полипозный риносинусит — у 13 (0,5), у 152 (6,2) лиц — абсцесс перегородки носа, у 227 (9,2) — фурункул носа. По годам прослеживается следующая динамика: с острым синуситом в 2006 г. госпитализировано 173 человека (37,1), в 2007 г. — 226 (42,48), в 2008 г. — 384 (58,8); с хроническим синуситом в 2006 г. — 47 детей (10,08), в 2007 г. — 102 (19,17), в 2008 г. — 64 (9,8). Из них орбитальные осложнения выявлены в 2006 г. — у 10 (2,15), в 2007 г. — у 10 (1,88), в 2008 — у 10 (1,53).

Выводы. Таким образом, несмотря на, неуклонный рост в структуре детской ЛОР-патологии острых синуситов, отмечается снижение удельного веса хронических синуситов и вызванных ими орбитальных осложнений, что обусловлено улучшением диагностики острых синуситов, с последующим их адекватным лечением, вероятнее всего вызванным внедрением в практику современных технологий диагностики и лечения.

E-mail: abdulkerimov@gkb40.ur.ru

**С.В. Коренченко, Н.В. Тарасова, Е.А. Сухачёв,
А.А. Кузнецов**

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО АДЕНОИДИТА Клиника доктора Коренченко, г. Самара

Целью работы было изучение эффективности применения диодного лазера при хирургическом лечении детей с персистирующим аденоидитом.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов амбулаторного обследования и лечения 156 больных персистирующим аденоидитом при сроке наблюдения от 12 до 24 месяцев. Возраст пациентов варьировал от 3 до 12 лет, разница по полу была недостоверной. Обследование включало в себя опрос пациента и/или родителей, ЛОР-органов, эндоскопию полости носа и носоглотки, общеклинические анализы крови и мочи, по показаниям — консультации педиатра, пульмонолога, сурдолога, иммунолога, исследование иммунного статуса, рентгенографию грудной клетки, аудиометрию, тимпанометрию.

Основным методом хирургического лечения была лазерная редукция глоточной миндалины по методу профессора Коренченко с использованием диодного лазера с длиной волны 1,06 мкм, мощностью до 10 Вт. Медикаментозное лечение состояло в применении местных глюкокортикостероидов, оральных антигистаминов, деконгестантов и, по показаниям, антибиотиков. Результаты оценивались на основании субъективной самооценки и/или оценки родителей (ведущий критерий), данных эндоскопии ЛОР-органов, сохранения/прекращения явлений бронхиальной гиперреактивности, синусита, нарушения проходимости слуховой трубы.

Результаты. Стойкий положительный результат (прекращение субъективных симптомов, нормализация видеоскопической картины, исчезновение/облегчение сопутствующих синдромов) в сроки от 3 до 12 дней достигнут у 134 (86%) пациентов. Остальным 22 в срок от 1 до 6 месяцев была выполнена повторная лазерная редукция, которая привела к положительному результату в 21 случае. Одному пациенту была выполнена традиционная аденотомия, которая также не привела к улучшению, его состояние было оценено как постоянный аллергичес-

кий риносинусит, дальнейшее ведение согласовывалось с аллергологом.

Выводы. Лечение больных хроническим аденоидитом с использованием лазерной хирургии диодным лазером в амбулаторных условиях представляет собой высокоэффективный функциональный метод хирургического лечения.

E-mail: kdk@samtel.ru

**В.Н. Красножен, В.В. Рафаилов,
А.Р. Мангушев**

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ

Казанская Государственная Медицинская Академия, г. Казань

В настоящее время у детей преимущественно используется аденотомия под местной аппликационной анестезией с применением 10% лидокаина, осуществляемая аденотомом Бекмана вслепую. Однако «слепая» аденотомия чревата осложнениями как в ближайшем, так и в отдалённом периоде (О.Н. Белый и соавт., 1986; С.К. Мудрецова и соавт., 1994; А.П. Якушенкова и соавт., 2003; А.А. Иванова и соавт., 2005). Также имеются указания на большую частоту рецидивов аденоидов после такого сплюсывания (Л.М. Ковалева, 1994; В.А. Карпов и соавт., 2004). В доступной нам литературе описаны различные эндоскопические методики аденотомии: аспирационная (Б.И. Керчев, 2001), шейверная (Н.В. Еремина и соавт., 2002; Ю.Ю. Русецкий и соавт., 2004; С.З. Пискунов и соавт., 2008), лазерная (W. Smith et al., 2006).

Цель исследования: изучение эффективности радиоволновой аденотомии при гипертрофии глоточной плоточной миндалины у детей.

Материалы и методы. В исследование было включено 28 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Все они имели показания для аденотомии: гипертрофия глоточной миндалины 2 или 3 степени, рецидивирующий средний отит, экссудативный средний отит.

Радиоволновая эндоскопическая аденотомия производилась под общим обезболиванием под контролем ригидных эндоскопов «Olympus» с углом зрения 70° с трансоральным их введением. Хирургическим пособием служил радиоволновый аденотом фирмы «Ellman». После удаления аденоидных вегетаций осуществлялся гемостаз при помощи радиоволновой коагуляции монополярным электродом.

Послеоперационный контроль производился в визиты к врачу через 7 суток, через 1 месяц, 3 месяца. Эффективность лечения оценивалась по данным обследования, включающего переднюю риноскопию, эндоскопию носоглотки с помощью ригидных эндоскопов диаметром 2,7 мм и 4 мм с углом зрения 00 через полость носа, пальцевое исследование носоглотки, переднюю активную риноманометрию, отомикроскопию и тимпанометрию.

Положительная динамика заключалась в уменьшении отёка и гиперемии слизистой оболочки носоглотки и задних отделов полости носа, увеличении суммарного объёма потока и уменьшении суммарного сопротивления по данным передней активной риноманометрии, нормализации тимпанограмм.

Выводы. Эндоскопическая радиоволновая аденотомия является удобным и эффективным хирургическим методом в лечении аденоидных вегетаций у детей в условиях современных новаций.

E-mail: arturbo@yandex.ru

**И.С. Пискунов, А.Н. Демиденко,
Н.А. Бочковская**

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНОСУГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Проблеме диагностики и лечения внутричерепных осложнений у детей посвящён ряд работ в отечествен-

ной и зарубежной литературе, что связано с неуклонно растущей частотой заболевания, трудностью ранней диагностики и лечения, высокой степенью летальности при данной.

Цель исследования: изучить распространённость и характер риносинусогенных внутричерепных осложнений у детей, методы диагностики и лечения.

Материалы и методы. За период с 1997 по 2008 гг. в ЛОР-отделении Курской областной клинической больницы наблюдались 11 детей с внутричерепными осложнениями риносинусогенного генеза. У одного ребёнка причиной явился абсцесс перегородки носа. Острые синуситы наблюдались у 8 детей, воспаление четырёх и более пазух диагностировалось у 5 детей. У 2 детей осложнения возникли на фоне хронического гнойного пансинусита. Внутричерепные осложнения распределились следующим образом: менингит — 3 больных, тромбоз кавернозного синуса — 2, абсцесс головного мозга — 1, субдуральная эмпиема — 1 больной. Сочетание внутричерепных осложнений наблюдалось у 4 детей: тромбоз кавернозного синуса возник совместным с менингитом, субдуральную эмпиему сопровождал менингоэнцефалит. Из 11 наблюдений летально закончился один случай.

Всем детям производилась компьютерная томография околоносовых пазух и головного мозга, по данным которой определялось распространение воспаления в околоносовых пазухах и полости черепа, воспалительная деструкция стенок пазух — у 2 больных. Оперативная санация первичного очага проведена 8 детям: с помощью техники эндоскопической функциональной риносинусохирургии — 5 пациентам, радикально — 2 пациентам. Сочетанный подход был осуществлён в 1 случае.

Под сочетанными операциями понимается применение у одного больного одновременно радикальной экстраназальной оперативной техники с дополнительным эндоскопическим эндоназальным функциональным вскрытием поражённых пазух. Комбинированное хирургическое лечение совместно с нейрохирургами проведено 3 больным с абсцессом головного мозга и субдуральной эмпиемой. Внутриартериальное введение антибиотиков и гепарина проводилось 4 детям. Во всех случаях больным проводилась интенсивная консервативная терапия, направленная на коррекцию гомеостаза.

Выводы:

1. Риносинусогенные внутричерепные осложнения у детей остаются грозным заболеванием, требующим особого внимания клиницистов.

2. Компьютерная томография является одним из основных диагностических методов при внутричерепных осложнениях.

3. При внутричерепных осложнениях необходимо использовать эндоскопическую эндоназальную риносинусохирургию как менее травматичный метод, обеспечивающий адекватную санацию околоносовых пазух.

4. По нашим наблюдениям, эндоскопическую риносинусохирургию следует применять для санации первичного очага при внутричерепных осложнениях с гематогенным путём распространения инфекции в полость черепа.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**М.М. Сергеев, Б.Б. Мусельян, П.В. Смирнов,
Т.П. Россейкина**

О КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Кубанский государственный медицинский университет. Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

Целью нашей работы явилось изучение причин, структуры и клинических особенностей травматических повреждений ЛОР-органов по материалам ЛОР-отделения Детской краевой клинической больницы за последние 10 лет.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 332 истории болезни с различными ЛОР-трав-

мами. Удельный вес этой патологии в структуре общей госпитальной заболеваемости составил в среднем 2%, в то время как среди больных, направленных на лечение по экстренным показаниям, эта цифра равнялась почти 20%. Мальчиков было 219 (66%), девочек — 113 (34%). В возрасте до 1 года госпитализировано 8 (2,4%) человек, от 1 года до 6 лет — 83 (25%). Группами риска можно считать детей в возрасте 7–14 лет — 146 (44%) и подростков 15 лет и старше — 95 (28,6%).

Детский травматизм имел выраженную сезонность: меньше всего поступало пациентов в период с декабря по апрель, а затем число пострадавших увеличилось, что, возможно, связано с изменением образа жизни ребёнка (летние каникулы, в сентябре — начало занятий в школе).

Среди причин данной патологии, по нашим данным, первое место занимает уличная травма (47%), далее следует бытовой травматизм (37%) и повреждения, полученные в дошкольных, спортивных и образовательных учреждениях (16%). В первые часы после травмы обратилось 60,3% пострадавших. Как правило, это были лица, доставленные с мест ДТП, с кровотечениями, укусами животных. На 2–3 сутки поступило 19,3%, на 4–7 сутки — 9% больных. Более чем недельный анамнез заболевания имели 11% детей. В общей структуре этой патологии травматические повреждения носа, околоносовых пазух и их осложнения составили 81% (закрытый и открытый переломы носовых костей, ушиб и гематома мягких тканей, укушенная рана наружного носа, гематома и абсцесс носовой перегородки, посттравматический риносинусит, инородные тела). Остальные 19% патологических состояний представлены поражениями глотки, уха, пищевода, и их осложнениями. Повреждения наружного носа и околоносовых синусов реже были изолированными (приблизительно в 13% случаев), но значительно чаще — сочетанными и комбинированными. Имели место ранения мягких тканей лица, разрушение внутриносовых структур, переломы стенок околоносовых пазух, орбиты, основания черепа, сотрясение головного мозга и др.

Оперативная помощь оказана в 77 процентов случаев (репозиция носовых костей, ПХО, вскрытие абсцесса и гематомы, эзофагоскопия, удаление инородных тел, передняя и задняя тампонада, дренирование околопищеводной клетчатки и др.). Консервативное лечение получили 23% больных. Общее обезболивание применено в 92% наблюдений.

Выводы:

1. Среди травматических поражений ЛОР-органов ведущими являются сочетанные и комбинированные травмы носа и околоносовых пазух.

2. Оказанная в полном объёме неотложная помощь в первые часы после повреждения позволила добиться у большинства больных хороших функциональных и косметических результатов.

E-mail: smimov_doc@mail.ru

**И.Е. Смирнов, К.Л. Мещеряков,
А.П. Якушenkova**

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОИДНОГО КОЛЬЦА ГЛОТКИ НЦЗД РАМН, ФГУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ

Лимфаденоидное глоточное кольцо является морфологическим субстратом клеточного и гуморального местного иммунитета. Граница, где заканчивается возможность терапевтической коррекции патологии лимфоидного кольца и наступает необходимость хирургического вмешательства, до сих пор остается спорной. Несмотря на предложенные показания к операции, они являются до некоторой степени субъективными.

Цель исследования: выявить взаимосвязь изменений показателей гуморального иммунитета с клинической

картиной у детей с хронической патологией лимфоидного кольца глотки.

Материалы и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 100 детей в возрасте 2–15 лет с заболеванием лимфоидного кольца (гипертрофия глоточной и небных миндалин, хронический аденоидит и хронический декомпенсированный тонзиллит). Диагноз основывался на клинических методах обследования, дополненных эндоскопическими исследованиями. Одним из современных методов определения активности воспаления при хронических формах патологии является количественный анализ биологически активных соединений — интерлекинов в качестве маркеров воспалительного процесса. С этой целью определялись противовоспалительный IL-10 и провоспалительные IL-6, IL-8 и фактор некроза опухолей-TNF α в сыворотке крови и в лимфоидной ткани. Контрольную группу составили 12 здоровых детей (от родителей и детей были получены информированные согласия).

Результаты. В основной группе наблюдалось снижение показателей IL-10 и повышение провоспалительных IL-6, IL-8, а также фактора некроза опухолей-TNF α ($p < 0,05$). Наиболее выраженные изменения данных показателей выявлены у детей с хроническим аденоидитом и хроническим декомпенсированным тонзиллитом, что позволило объединить их в одну группу.

E-mail: annayakushenkova@yandex.ru

Д.А. Тулугов

ПРИМЕНЕНИЕ СТАФИЛОКОККОВОГО БАКТЕРИОФАГА У ДЕТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА, АССОЦИИРОВАННОГО СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детской оториноларингологии РМАПО, г. Москва

Одной из главных причин хронического аденоидита является персистенция в носоглотке патогенной бактериальной микрофлоры. Наиболее часто встречаемым представителем патогенной микрофлоры носоглотки у детей с хроническим аденоидитом является *Staphylococcus aureus*, который высевается приблизительно в 47 случаев, а при хроническом аденоидите на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни частота высеваемости золотистого стафилококка достигает 70.

Цель работы: повысить эффективность лечения детей с хроническим аденоидитом, ассоциированным со стафилококковой инфекцией.

Материалы и методы. Основную группу исследования составили 30 детей в возрасте от 3 до 15 лет с клиническими признаками хронического аденоидита, у которых при микробиологическом исследовании мазка из носоглотки выявлен *S. aureus*.

Дети основной группы исследования в качестве терапии хронического аденоидита получали ежедневное орошение носа и носоглотки стерильными изотоническими растворами 3–5 раз в день, интраназальное закапывание раствора стафилококкового бактериофага. Дети контрольной группы в качестве терапии хронического аденоидита получали ежедневное орошение носа и носоглотки стерильными изотоническими растворами, с последующим закапыванием в нос 2 раствора протаргола.

Осмотры проводились через 10 дней и 3 месяца после начала лечения. У всех детей из анамнестических данных отмечали наличие или отсутствие эпизодов кашля и/или першения в горле и затруднения носового дыхания. Перед проведением осмотра ЛОР-органов у детей брались мазки из носоглотки для бактериологического исследования.

Результаты исследования. До лечения эпизоды кашля отмечались в анамнезе у 28 из 30 детей (93,3) основной группы и у 15 из 15 детей (100) контрольной группы; стойкое затруднение носового дыхания отмечалось у 21 ребёнка (70) основной группы и у 11 детей (73) контрольной группы. После проведённого курса лечения

(на 10 день) эпизоды периодического кашля продолжали отмечаться у 4 детей (13,3) основной группы и у 7 детей контрольной группы (46,7), стойкое затруднение носового дыхания — у 14 (46,7) и 8 (53,3) детей соответственно. При контрольном осмотре через 3 месяца эпизоды периодического кашля отмечались у 7 детей (23) основной группы и у 13 детей (86,7) контрольной группы, стойкое затруднение носового дыхания — у 16 (53,3) и 12 (80) соответственно.

При бактериологическом исследовании после курса лечения на 10 день рост *S. aureus* отмечался у 2 детей (6,7) основной группы и у 11 (73,3) детей контрольной группы. Через 3 месяца *S. aureus* был выявлен у 3 детей (10) основной группы и у 14 детей (93,3) группы контроля. При этом штаммы *S. aureus*, резистентные к стафилококковому бактериофагу, были выявлены только у 1 ребёнка (2,2).

Заключение. Применение стафилококкового бактериофага в комплексном лечении детей с хроническим аденоидитом, ассоциированным со стафилококковой инфекцией, позволяет достичь выраженного и стойкого терапевтического эффекта, обусловленного стойкой иррадикацией *S. aureus* со слизистой носоглотки.

E-mail: tulupovdenis@yandex.ru

**В.В. Шевцов, В.М. Свистушкин,
Д.М. Мустафаев**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ АТРЕЗИЯМИ ХОАН

Среди пороков развития носа и околоносовых пазух (ОНП) у детей наиболее часто хирургические вмешательства производят по поводу врождённых атрезий хоан (ВАХ), представляющих собой одностороннее или двустороннее образование в виде костной или перепончатой перегородки между носом и глоткой с полным закрытием или резким сужением одной или обеих половин носа. По данным отечественной и зарубежной литературы, на 5000–7000 новорождённых приходится 1 случай ВАХ. Асфиксия и смерть новорождённых во многих случаях вызывается нераспознанной двусторонней атрезией хоан. Не диагностированные односторонние или частичные атрезии хоан приводят к развитию рецидивирующих и хронических заболеваний ЛОР-органов и бронхолегочной системы.

С целью восстановления носового дыхания и акта сосания у новорождённых проводятся сложные хирургические вмешательства. До настоящего времени не существует метода по устранению хоанальной атрезии с гарантией отсутствия рецидива.

Цель исследования: совершенствование способов хирургического вмешательства при ВАХ у детей.

Материалы и методы. За период с 1991 по 2008 гг. в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского на стационарном лечении находилось 57 детей с диагнозом ВАХ, в возрасте от первого дня жизни до 12 лет. В наших исследованиях преобладали дети грудного возраста 29 (50,87%) и дети в возрастной группе от одного до трёх лет 17 (29,82%). Из них 41 (71,92%) ребёнок — девочки и 16 (28,07%) детей — мальчики. В наших исследованиях преобладала двусторонняя (68,42%), полная (80,70%), костная (91,22%) ВАХ.

Для объективной оценки эффективности проводимого лечения наблюдаемые нами дети были разделены на две клинические группы. В I группу вошли дети с ВАХ, оперированные в период с 1991 по 2001 гг. с использованием традиционных хирургических инструментов (костные ложки и щипцы, троакары, долота и др.). Эта группа представлена 23 (40,40%) пациентами. В II группу вошли дети с ВАХ, оперированные в период с 2002 по 2008 гг. с использованием интраназальной дрели, микродебрера (шейвера) и Ho:YAG лазера с длиной волны 2,09 мкм. Также использовали инструмент для устранения хоанальной атрезии (патент на изобретение РФ № 2157664 от 20.10.2002 г.). Эта группа представлена 34 (59,6%) детьми. В ЛОР-клинике МОНИКИ разработано устройство (стент) для предотвращения рубцового зарращения

восстановленного просвета хоан у детей при двусторонней их атрезии (патент на изобретение РФ № 2213585 от 10.10.2003 г.).

Сравнительный анализ лечения детей с ВАХ с использованием интраназальной дрели, микродебрера и Ho:YAG лазера с длиной волны 2,09 мкм, показал, что указанные технологии обеспечивают высокий процент «клинического излечения» (89,48%), сохранность анатомических структур полости носа, более щадящее и радикальное восстановление просвета полости носа по сравнению с традиционными методами эндоназальной хирургии. Применение стента-протектора, обеспечивает формирование стойкой хоаностомы с единичными случаями рестенозирования.

E-mail: mjavanshir@mail.ru

А.С. Юнусов, Е.Б. Молчанова ЗНАЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И ГИПЕРТРОФИИ НОСОВЫХ РАКОВИН В ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫХ ФРОНТИТОВ У ДЕТЕЙ ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава», г. Москва

Острое воспаление околоносовых пазух, в том числе и острый фронтит, у детей протекает несколько иначе, чем у взрослых. Это связано с возрастными анатомо-физиологическими особенностями развивающегося организма.

Целью нашего исследования стало изучение клинического течения острого фронтита у детей с патологией внутриносовых структур.

Материалы и методы. На базе нашей клиники было проведено клиническое обследование и лечение 25 детей в возрасте от 11 до 15 лет, с диагнозом «острый фронтит». Обследование включало в себя: подробное изучение анамнестических данных; клиническое исследование; эндоскопическое обследование полости носа и носоглотки; рентгенологическое исследование околоносовых пазух и носоглотки; общеклинические лабораторные исследования.

Результаты исследований. У всех обследованных детей в анамнезе отмечалось перенесённое ОРВИ, после которого сохраняется длительное затруднение носового дыхания.

При клиническом и эндоскопическом осмотре у всех обследованных больных носовое дыхание было затруднено; слизистая полости носа гиперемирована, отёчна; отделяемого в 19 случаев не отмечалось, у 6 детей скудное слизисто-гноное отделяемое в общих и средних носовых ходах.

Обращало на себя внимание наличие патологических изменений эндоназальных структур: у 17 детей отмечалась достаточно значительная деформация перегородки носа в костно-хрящевом отделе; у 5 больных — гипертрофия нижних носовых раковин; у всех детей отмечалась односторонняя или двусторонняя гипертрофия средней носовой раковины, её выраженная гиперемия, отёчность.

Выводы:

1. При наличии у ребёнка деформации перегородки носа, гипертрофии носовых раковин, аномалии их развития, а также увеличенной *bulla ethmoidalis* создаются условия для изменения пути воздушной струи. В результате нарушаются все основные физиологические функции полости носа, следовательно, ухудшается аэрация околоносовых пазух. Возникают условия для развития застойных явлений, воспалительных процессов и блока естественного соустья лобной пазухи.

2. У больных с деформацией перегородки носа, с гипертрофией носовых раковин, по нашим наблюдениям, наиболее часто отмечаются воспалительные заболевания лобных пазух как осложнение после перенесённого ОРВИ, по сравнению с детьми с симметричным расположением внутриносовых структур.

E-mail: poputchik-tver@mail.ru

А.С. Юнусов, О.И. Попова ПЕРЕДНЯЯ АКТИВНАЯ РИНОМАНОМЕТРИЯ ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздравра», г. Москва

Деформации перегородки носа у детей старшей возрастной группы продолжают оставаться актуальной проблемой и являются одной из наиболее распространённых форм ЛОР-патологии в детском возрасте. Провоцирующим фактором в развитии искривлений перегородки носа является травма, что в дальнейшем приводит к нарушению респираторной, дренажной и защитной функций полости носа и околоносовых пазух (ОНП).

Разработка и внедрение в практическую оториноларингологию объективного метода исследования респираторной функции полости носа — передней активной риноманометрии (ПАРМ), позволило выявить степень нарушения носового дыхания у детей с различными вариантами деформации перегородки полости носа в старшей возрастной группе.

Цель исследования: обосновать данными ПАРМ необходимость проведения септопластики у детей старшего возраста с деформациями перегородки полости носа.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование и лечение 56 детей в возрасте от 13 до 15 лет с диагнозом посттравматическая деформация перегородки носа. Всем детям проведено комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, общий ЛОР-осмотр, эндоскопию полости носа и носоглотки, рентгенологическое исследование околоносовых пазух и носоглотки, ПАРМ.

Результаты исследования. У всех обследованных детей длительность наличия деформации перегородки носа составляла 5 и более лет и представлена в виде гребня перегородки носа в хрящевом (36), костном (5) и костно-хрящевом отделах (15) отделах. Основные жалобы: затруднение носового дыхания, отделяемое из носа, гипосмия, гнусавость голоса. При сборе анамнеза большинство детей указывали на частые ОРВИ и синуситы.

При проведении ПАРМ получены следующие данные: до анемизации на стороне искривления: объёмный поток (ОП) — $112 \pm 15,6 \text{ см}^3/\text{с}$; сопротивление воздушному потоку (СВП) — $1,87 \pm 0,17 \text{ Па} \cdot \text{см}^3/\text{с}$; ОП на другой стороне — $256,7 \pm 27,9 \text{ см}^3/\text{с}$, СВП — $0,89 \pm 0,17 \text{ Па} \cdot \text{см}^3/\text{с}$. После анемизации: ОП на стороне деформации перегородки — $125,6 \pm 13,6 \text{ см}^3/\text{с}$, СВП — $1,72 \pm 0,14 \text{ Па} \cdot \text{см}^3/\text{с}$; ОП на другой стороне — $289,7 \pm 26,1 \text{ см}^3/\text{с}$, СВП — $0,72 \pm 0,15 \text{ Па} \cdot \text{см}^3/\text{с}$. При обследовании 20 детей этого же возраста без нарушения функции носового дыхания показатели составили: до анемизации — ОП — $420,76 \pm 34,8 \text{ см}^3/\text{с}$, СВП — $0,62 \pm 0,1 \text{ Па} \cdot \text{см}^3/\text{с}$; после анемизации — $467,6 \pm 26,9 \text{ см}^3/\text{с}$ и $0,57 \pm 0,13 \text{ Па} \cdot \text{см}^3/\text{с}$ соответственно, что существенно отличалось от показателей основной группы.

Всем детям после предоперационной подготовки в плановом порядке была проведена септопластика. При контрольном осмотре через 7 и 14 дней жалоб на затруднение носового дыхания нет, при проведении ПАРМ выявлено улучшение показателей: ОП на стороне деформации увеличился до $398,6 \pm 15,4 \text{ см}^3/\text{с}$, СВП — $0,74 \pm 0,11 \text{ Па} \cdot \text{см}^3/\text{с}$. При катанестическом наблюдении в течение года жалобы на затруднение носового дыхания не предъявляли 49 (87,5%) детей, частота эпизодов ОРВИ уменьшилась на 50–60%.

Выводы. При наличии у ребёнка деформации перегородки полости носа с явлениями затруднения носового дыхания, подтверждённых данными ПАРМ, проведение септопластики является основным профилактическим мероприятием, которое позволяет создать условия для полноценного функционирования полости носа и ОНП. Проведение ПАРМ необходимо для объективизации показаний к проведению септопластики в детском возрасте.

7. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОХИРУРГИЯ

В.М. Авербух, А.С. Лопатин
СУМКА ТОРНВАЛЬДТА

Кафедра болезней уха, горла и носа ММА им. И.М. Сеченова

В последнее время, благодаря широкому распространению и использованию эндоскопических методов исследования полости носа и носоглотки, участились случаи диагностики довольно редкого образования носоглотки — сумки Торнвальдта. Это кистоподобное образование носоглотки, располагающееся по средней линии вблизи глоточной миндалины, связанное с отшнуровыванием в эмбриональном периоде части энтодермы в области спинной хорды. Распространённость сумки Торнвальдта в популяции достигает 1,9–3%. Образование было впервые описано Mayer в 1842 г. как полость по средней линии носоглотки, между перегородкой носа и вентральным бугорком атланта.

Выделяют кистоподобный тип сумки с возможным абсцедированием (описан впервые Tornwaldt в 1885 г. и носит название болезни Торнвальдта), и так называемый «корковый тип» («*crust type*»: от англ. *crust* — корка). В последнем случае образовавшаяся в полости засохшая слизь периодически закрывает одно или несколько выводящих отверстий сумки. В большинстве случаев образование имеет небольшие размеры (в среднем 6 мм) и редко существенно затрудняет носовое дыхание, но при этом, может быть причиной гнусавости и храпа. Синдром Торнвальдта, как правило, представляет собой совокупность симптомов стекания слизи по задней стенке глотки, болей в затылочной области, напряжения задних шейных мышц, дурного запаха изо рта, а иногда ощущения инородного тела в носоглотке и заложенности ушей.

С целью более точного определения размеров полости, характера её содержимого, а также положения относительно близлежащих анатомических структур применяются компьютерная томография, а также магнитно-резонансная томография носоглотки, которая в данном случае, по распространённому мнению, является более информативной. Сумка Торнвальдта отличается высокой интенсивностью сигнала на T-1 и T-2 взвешенных изображениях за счёт содержимого, богатого белком.

При болезни или синдроме Торнвальдта основным методом лечения является хирургический. Применяют полную экстирпацию сумки чрезротовым подходом или удаление передней стенки сумки эндоскопически под контролем зрения или аденотомом с опорожнением её содержимого.

В нашей клинике в течение 2 лет у 9 пациентов в возрасте от 27 до 61 (2 мужчин и 7 женщин) был установлен диагноз «сумка Торнвальдта». В 7 случаях основными жалобами пациентов являлись ощущение стекания слизи по задней стенке глотки, ощущение инородного тела в носоглотке, сопутствующими — затруднение носового дыхания (на фоне искривления перегородки носа и различных форм ринита). В двух случаях сумка была случайной находкой при эндоскопическом исследовании, клиническая симптоматика отсутствовала. Средний размер образования по данным эндоскопического исследования и КТ носоглотки составлял 9 мм × 16 мм, глубина — до 10 мм. В большинстве случаев сумки располагались в верхних отделах носоглотки с небольшим отклонением от средней линии и имели от 1 до 3 соустьев. В двух случаях содержимым сумки было слизисто-гнойное отделяемое, в остальных — густая слизь, легко выделявшаяся при зондировании. Образования изнутри и снаружи выстланы слизистой оболочкой, такой, как и в глотке, наружная поверхность покрыта лимфоидной тканью различной степени выраженности.

5 из 7 пациентов с выраженной клинической симптоматикой было проведено хирургическое лечение под эндотрахеальным наркозом — эндоскопическое трансан-

зальное удаление стенок сумки микродебридером по типу марсупиализации после рассечения выводного отверстия. Во всех случаях отмечалось умеренно выраженное кровотечение. Гемостаз осуществлялся биполярным коагулятором.

В 4 из 5 случаев пациенты отметили исчезновение или значительное уменьшение основных жалоб. У одного пациента жалобы на ощущение стекания слизи по задней стенке глотки сохранились в прежнем объёме, что, судя по всему, связано с явлениями сопутствующего аллергического ринита.

С.А. Аллахвердиев, А.С. Лопатин **ИЗУЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ** **СТЕНОК ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ** **ПАЗУХИ ПРИ ЭНДОЗАЛЬНОМ** **ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ ЧЕРЕЗ** **СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД**

Кафедра ЛОР-болезней ММА им. Сеченова,
г. Москва

Цель исследования: выбор оптимального хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух и изучение возможности их удаления внутриносовым доступом через средний носовой ход.

Материалы и методы исследования. На 25 трупах (50 пазух) проводилось вскрытие верхнечелюстной пазухи через средний носовой ход под контролем эндоскопа. Диаметр создаваемого в ходе операции соустья во всех случаях был одинаковым — 1 см. Затем выполнялась вскрытие пазухи наружным доступом через собачью ямку. Полость пазухи осматривалась 30° оптикой через расширенное естественное соустье и через отверстие в передней стенке пазухи. После этого через отверстие в среднем носовом ходе в пазуху вводились инструменты с различными углами изгиба рабочей части (антральные щипцы; щипцы Биннера 90°; изогнутые щипцы под 80°) и проверялась доступность различных стенок верхнечелюстной пазухи. Визуальный контроль проводился через отверстие в передней стенке пазухи.

Результаты исследования. При стандартом размере созданного соустья (1 см) при помощи этих 3 инструментов было возможно дотянуться до всех стенок верхнечелюстной пазухи в большинстве случаев (более 85%). В остальных случаях никакими из вышеперечисленных инструментов не удавалось дотянуться до передне-нижних отделов медиальной стенки и области альвеолярной бухты. Причиной этого чаще был парадоксальный изгиб средней носовой раковины, либо индивидуальные особенности строения самой пазухи, в частности альвеолярной бухты.

Выводы. Кисту из верхнечелюстной пазухи в большинстве случаев удаётся удалить эндоназальным доступом при наличии изогнутых инструментов и при достаточной квалификации хирурга. Однако в некоторых случаях даже опытному хирургу, при наличии оптимальных инструментов не удаётся удалить кисту эндоназальным путём. Чаще всего это относится к кистам, располагающимся в альвеолярной бухте и на медиальной стенке верхнечелюстной пазухи.

E-mail: saidmma@gmail.com

В.П. Карпов, В.И. Агранович, Е.Е. Карпова,
И.В. Енин

К ПРОБЛЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ **ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ** **РИНОСИНОСИХИРУРГИИ**

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная
медицинская академия Росздрава»

Интра- и постоперационные кровотечения являются основными и наиболее грозными осложнениями при эндоскопических операциях, частота которых достигает от 8 до 17%.

Учесть все варианты хода артериальных сосудов практически невозможно (Козлов В.С., 2000), как и различные факторы, приводящие к развитию носовых кровотечений в послеоперационном периоде.

Цель исследования: анализ частоты осложнений в виде кровотечений при эндоназальной риносинусхирургии и разработка возможных путей снижения их количества.

Нами наблюдалось 60 больных, перенесших одинаковые эндоназальные микрохирургические операции, из них 37 женщин и 25 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет. У всех больных основные показатели системы крови, включая свёртываемость, длительность кровотечения и количество тромбоцитов до операции были в пределах физиологической нормы.

Операции проводились под общим обезболиванием с применением местной инфильтрационной анестезии одними и теми же хирургами высшей категории, что исключало влияние особенностей опыта, стажа, квалификации и хирургической техники на полученные результаты. В качестве средства профилактики интра- и постоперационных кровотечений мы применили новый отечественный препарат — «Транексам».

«Транексам» выпускается в форме таблеток, покрытых оболочкой и содержащих 250 мг активного вещества — транексамовой кислоты, которая является антифибринолитическим средством. Она специфически ингибирует активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин). «Транексам» обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза. За счёт подавления образования кининов и других активных пептидов, обладает противоаллергическим и противовоспалительным действием, что немаловажно при выполнении ринологических операций.

Противопоказаниями к применению являются повышенная чувствительность к препарату, субарахноидальное кровоизлияние. С осторожностью препарат следует применять при тромбозах (тромбофлебит, тромбоз сосудов головного мозга, инфаркт миокарда).

Нами «Транексам» был использован в качестве предоперационной подготовки для снижения объёма кровопотери каждого больного во время операции и профилактики послеоперационных кровотечений в дозировке по 1 г 3 раза в день в течение 5 дней перед операцией. Все-го такое лечение получили 30 больных, в качестве контрольной группы были выбраны 30 пациентов с обычной предоперационной подготовкой.

Для точной оценки степени кровопотери мы применили весовой (гравиметрический) метод определения кровопотери.

Интраоперационные кровотечения были отмечены у 3 (10%) больных первой группы и у 7 (23%) больных — во второй. Общий объём кровопотери в первой группе был на 34% ниже, чем во второй.

Постоперационные кровотечения в первой группе не отмечались, во второй группе они были у 2 (6,7%).

Выводы:

1. Приведённые данные подтверждают необходимость проведения предоперационной подготовки больных при эндоназальных ринохирургических операциях.

2. Препарат «Транексам» является одним из надёжных средств решения проблемы профилактики интра- и послеоперационных кровотечений при данной категории операций.

E-mail: karpov_vladimir@mail.ru

П.А. Кочетков, А.С. Лопатин **ЭНДОЗАЛЬНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ** **ДЕКОМПРЕССИВНОЕ** **ТРАНСЭТМОИДАЛЬНОЕ ДОСТУП**

Клиника болезней уха, горла и носа Московской
медицинской академии им. И.М. Сеченова

В настоящее время показания к эндоскопической хирургии околоносовых пазух расширяются. Ринохирурги с успехом выполняют операции на основании черепа и гипопифизе. При этом растёт число публикаций по применению эндоназального эндоскопического доступа при хирургических вмешательствах на структурах головного мозга. Мы обратили своё внимание на возможности эндоскопической хирургии при заболеваниях тканей орбиты.

Нами, совместно с эндокринологами и офтальмологами, были детально обследованы и подготовлены к операции пациенты с эндокринной офтальмопатией. Данное заболевание относится к системной эндокринной дисфункции организма, где основное значение имеет патология щитовидной железы. Болезнь сопровождается стойкой гиперплазией и отёком орбитальной клетчатки, и, как следствие, выраженным экзофтальмом. Функционально это приводит к снижению зрения, диплопии и выраженному косметическому дефекту со стороны лица. Заболевание не только инвалидизирует пациента, но и резко ухудшает его качество жизни. Традиционно таких пациентов оперируют офтальмологи, используя различные варианты наружных доступов. При этом частым осложнением после операции является стойкая диплопия.

Нами были прооперированы 7 пациентов с эндокринной офтальмопатией. У пяти пациентов наблюдалась стойкая медикаментозная компенсация функции щитовидной железы при выраженном экзофтальме. Одна пациентка оперирована на остоте процесса при нарастании компрессии зрительного нерва. Техника операции сводилась к резекции крючковидного отростка, расширению соустья верхнечелюстной пазухи, резекции клеток решётчатого лабиринта и передней стенки клиновидной пазухи. Такой объём обеспечивал хороший доступ к медиальной и нижней стенкам орбиты. Далее резецировали костный остов медиальной и нижней орбитальных стенок, продольными разрезами в сагиттальной плоскости вскрывали периорбиту. Этим достигали выраженного пролапса орбитального жира в оперированную полость. К особенностям следует отнести высокую плотность периорбиты, для вскрытия которой требовалось определённое усилие со стороны хирурга.

Сразу после операции накладывали тугую давящую повязку на оба глаза, поверх которой использовали пузырь со льдом на период не менее 3–4 ч. Это позволяло значительно уменьшить отёк мягких тканей и снизить риск образования гематом. Медикаментозно использовали дексаметазон в дозе 16 мг в сутки и антибактериальную терапию амоксицилина/клавуланатом в дозе 1 мг в сутки в течение недели.

В настоящий момент сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 2 лет. У 5-ти пациентов стойкий регресс экзофтальма составил от 3,5 до 6 мм, что подтверждалось детальным обследованием у офтальмолога. Диплопия после операции зарегистрирована у 3-х пациентов, однако исчезла спустя 3 недели, без дополнительного лечения. У 6-ти пациентов зарегистрировано улучшение зрения и повышение качества жизни за счёт уменьшения косметического дефекта со стороны глаз. Одной пациентке, которая поступила к нам в клинику на остоте заболевания, потребовалась дополнительная операция для декомпрессии зрительного нерва.

Нами не отмечено гнойных осложнений со стороны тканей орбиты и околоносовых пазух, хотя ожидалось такое осложнение в силу создания прямого контакта орбитального жира со слизистой полости носа и внешней средой. В связи с чем, нами сделано предположение, что основное заболевание значительно изменяет структуру орбитальной клетчатки, делая её менее восприимчивой к бактериальной инвазии. Последняя пациентка, прооперированная нами, имела особенности воспалительного процесса тканей орбиты справа, заключавшиеся в выраженной гиперплазии не только орбитального жира, но и мышечной ткани. Нами отмечена значительная разница по регрессу экзофтальма: при отсутствии миогенного компонента воспаления — динамика намного лучше. Это говорит о малой эффективности эндоназальной декомпрессии при офтальмопатии с миогенным компонентом воспаления, что не противоречит данным литературы по данной тематике.

Таким образом, наш небольшой опыт показывает, что трансэтмоидальная эндоскопическая декомпрессия орбиты является методом выбора при определении показаний к хирургическому лечению у пациентов с эндокринной офтальмопатией.

E-mail: mma@lor.ru

Е.В. Лонская, В.В. Лонский, Р.А. Забиров, М.И. Аникин

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАЙМОРИТОВ

Кафедра оториноларингологии ФППС (зав. кафедрой — проф. Р.А. Забиров); ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»

Одонтогенные перфоративные гаймориты имеют хроническое течение и, несмотря на большое количество известных способов пластики альвеолярного свища, рецидивы его возникают в 9–15% случаев.

Для закрытия ороантрального свища при одонтогенных гайморитах используют, как правило, наружные лоскуты и не учитывают протяжённость свища, его размеры и состояние внутреннего отверстия. Это может служить одной из причин неудовлетворительного результата операции.

Цель исследования: разработка и клиническая апробация метода хирургической пластики альвеолярного свища при одонтогенных перфоративных гайморитах.

Материалы и методы исследования. Методика хирургического вмешательства заключается в следующем (патент РФ № 2325126 от 28 мая 2008 г.). После выполнения эндоскопической гайморотомии удаляются грануляции и эпителий из альвеолярного хода и освежаются края наружного отверстия свища. Для более удобного, в последующем, подшивания лоскута, с нёбной стороны альвеолы распатором отсепааровывается слизистая оболочка с надкостницей. С вестибулярной поверхности, с переходной складки, с переходом на внутреннюю поверхность щеки выкраивается слизисто-надкостничный лоскут размером 2,5×1,0 см, с питающей ножкой у основания лоскута и отсепааровывается распатором. Отступая от края лоскута на 1 см, слизистая оболочка поперечно надсекается до подслизистого слоя. Края разреза разводятся и отсепааровываются на 5 мм в разные стороны. Таким образом, на лоскуте образуются две эпителиальные площадки (дистальная и проксимальная) и дезэпителизированный участок. С помощью пуговчатого зонда лоскут аккуратно проводится в свищевое отверстие. Дистальная эпителиальная площадка с помощью эндоскопических щипчиков, под контролем эндоскопа расправляется на дне верхнечелюстной пазухи таким образом, чтобы она прикрывала внутреннее отверстие альвеолярного хода. Проксимальная площадка укладывается на наружное отверстие альвеолярного хода и подшивается атравматическими швами к слизистой оболочке по его окружности. Раневой дефект на внутренней поверхности щеки ушивается отдельными узловыми швами. Операция заканчивается тампонадой полости носа и ушиванием разреза слизистой оболочки в области передней стенки верхнечелюстной пазухи.

По данной методике прооперировано 40 больных (основная группа) в возрасте от 17 до 68 лет с одонтогенным перфоративным гайморитом. Давность заболевания составляла от 2 недель до 3 лет. В контрольной группе (20 больных) пластика свищевого хода проводилась традиционным слизисто-надкостничным лоскутом.

Оценка результатов хирургического лечения была проведена в ближайшем послеоперационном периоде (на следующий день после операции, на 5, 10 день и через 1 месяц) и отдалённом периоде (через 12 месяцев и более) и осуществлялась на основании субъективной оценки пациентом, объективной оценки врачом, проведения функциональных методов обследования.

Результаты исследования. В результате применения данной методики закрытие ороантрального свища в основной группе наступило у всех 40 (100%) больных. В контрольной группе благоприятный результат получен у 85% больных, неблагоприятный (рецидив гайморита и ороантрального свища) — у 15% пациентов.

Заключение. Разработанный способ пластики ороантрального свища позволяет улучшить результаты хирургического лечения одонтогенных перфоративных гайморитов.

О.А. Меркулов
ВЕДУЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ВРАЧОМ
ХАРАКТЕРА ОПЕРАЦИИ
НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ
 Московская медицинская академия
 им. И.М. Сеченова

Алгоритм формирования и принятия управленческих решений на базе системы лечебно-диагностических технологий является характеристикой инновационности любой клиники, в том числе оториноларингологической.

Хирургия околоносовых пазух является одной из наиболее проблемных областей в лечении и диагностике заболеваний носа. Для выбора характера операции на околоносовых пазухах должны быть отработаны принципы формирования управленческих решений врача. По нашим данным, они должны быть основаны на последовательном алгоритме дерева целей, пока недостаточно разработанным.

Разработка алгоритма должна производиться на основании сбора и оценки результатов эндоскопической диагностики заболеваний носа в специализированной клинике. По данным анализа, становится возможным достичь излечения путём малотравматичных вмешательств в отличие от принятых ранее радикальных методов оперативных вмешательств. Это позволяет выработать новый алгоритм формирования и принятия решений врача при выборе характера операции на околоносовых пазухах.

Проектирование и реализация системы поддержки принятия управленческих решений в клинике оториноларингологии наиболее эффективно происходит на уровне внедрения медицинских технологий.

Принципы формирования управленческих решений врача при выборе характера операции на околоносовых пазухах, разработанных нами, основаны на последовательном алгоритме дерева целей. «Ветвление» целей начинается с дифференциации двух важнейших подходов: консервативных методов лечения или оперативных методов лечения. Настоящие методические рекомендации посвящены хирургическим методам лечения заболеваний носа. В частности, детально изложены современные подходы в хирургии полости носа и околоносовых пазух, которые отрабатывались автором в условиях специализированной высокотехнологичной клиники. Приоритетом в разработке алгоритма была признана опробованная хирургическая технология: функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух ФЭХОП FESS (Messerklinger W., 1978). Основным принципом ФЭХОП FESS является целенаправленная санация патологических состояний ключевых анатомических структур, при которой преследуется цель восстановления естественных дренажных путей, с минимальным изменением анатомических структур.

Исходя из этого принципа, основная цель метода функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух установленная нами — проведение операции с учётом индивидуальных особенностей клинической картины пациента, шаг за шагом продвигаясь спереди назад, расширяя или сокращая объём оперативного вмешательства. Такой подход позволяет избегать радикальных рутинных операций и добиваться клинической, медицинской и экономической эффективности лечебно-диагностического процесса.

Г.З. Пискунов
СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
РИНОСИНУСОХИРУРГИИ
 УНМЦ ГМУ УД Президента РФ

В России современная функциональная риносинусохирургия приняла своё направление на развитие с учреждением Российского общества ринологов, которое произошло 17 сентября 1992 г. в г. Курске на учредительной конференции. Это направление в оториноларингологии

не воспринималось однозначно всеми коллегами и развитие его происходило достаточно медленно.

Первое общественное обсуждение состоялось на заседании Московского общества оториноларингологов, которое проходило 12 января 1993 г. Тема заседания — «Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе — необходима ли она?». Все заведующие ЛОР-кафедрами Москвы отрицательно высказались о необходимости развивать это направление, хотя для многих врачей страны оно оказалось привлекательным. Используемое техническое оснащение выполнения этих операций давали возможность хорошо видеть объект воздействия, точно производить операцию. Но многие интересующиеся не представляли в достаточной мере физиологическое и функциональное направления этих хирургических вмешательств. В отечественной литературе было мало информации, обосновывающей необходимость внедрения подобной хирургии. О полипозном риносинусите было представлено как о чисто местном процессе, ликвидировать который было возможно радикальным хирургическим вмешательством. Не оценивалась в должной мере особенность строения внутриносовых структур и практически игнорировалась риногенность воспаления в околоносовых пазухах, хотя в учебниках описывалось начало воспаления с блокады соустьев пазух.

История внутриносовой и эндоскопической риносинусохирургии достаточно большая, насчитывающая не одно столетие, но современная хирургия существенно отличается от предшествующей. Не были известны и не были в достаточной мере оценены данные природой функции слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух и те физиологические и патофизиологические процессы, которые в ней происходят. Был просто набор технических приёмов, обеспечивающий ту или иную задачу.

Современная функциональная риносинусохирургия основана на исследованиях Мессерклингера, который изучал особенность мукоцилиарного клиренса в пазухах, разработал базисную технику операций. Исследования шведских ученых Ауста, Дретнера дополняли данные по физиологии пазух (дренажная функция соустьев, газообмена в пазухах). Благодаря Мессерклингеру, внутриносовая хирургия обрела новое представление о её возможностях.

Современную риносинусохирургию можно формулировать следующим образом. Это комплекс хирургических вмешательств, выполняемых под визуальным контролем с помощью эндоскопа и микроскопа, направленных на точное удаление патологических изменений (врождённых и приобретённых), на сохранение и восстановление функций органа.

Одним из самых сложных вопросов современной ринологии остаётся полипозный риносинусит. Мы знаем, что это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отёчной ткани, инфильтрированной эозинофилами. Имея основным признаком полипоз, этот воспалительный процесс неоднозначен по своему развитию и клиническому проявлению.

Последовательность развития различных форм полипозного риносинусита представляется следующим образом. Предрасполагающим моментом являются врождённые и приобретённые нарушения строения внутриносовых структур. Они приводят к нарушению аэродинамики в полости носа и околоносовых пазух. Это ведёт к развитию участков гиперплазии слизистой оболочки в местах с наибольшей нагрузкой воздушной струёй со всеми содержащимися в воздушной струе антигенами (вирусы, бактерии, грибы и другие примеси). Формируются участки полипозного изменения слизистой оболочки, иногда достаточной большой величины, как, например, хоанальные полипы или полипозное изменение переднего конца средней носовой раковины. При острой респираторной инфекции возникает блок соустьев пазух, что приводит к возникновению острого риносинусита. Острый риносинусит не завершается полноценной регенерацией и переходит в хроническую форму. Бактериальная инфекция ко-

лонизирует слизистую оболочку, и формируется начало бактериального полипозного риносинусита. Присоединение грибковой флоры формирует грибковый полипозный риносинусит, хотя возможно первичное грибковое поражение, особенно одонтогенное.

Совершенно отличным является полипозный риносинусит, который сопряжен с бронхиальной астмой и непереносимостью неспецифических противовоспалительных средств. В этом случае ко всем перечисленным выше причинам возникновения и развития воспаления присоединяется генетическая предрасположенность, аллергический фон, метаболические нарушения. И лечение такого риносинусита должно проводиться с учётом многих других факторов. Полипоз при синдромах — ещё одна форма полипозного риносинусита.

В международном документе по риносинуситу EPOS 07 приводится много информации об этой болезни. Но нет принятых у нас в стране рекомендаций, дающих возможность практикующему врачу выбрать метод лечения, провести динамическое наблюдение. В журнале «Российская ринология» мы публикуем много работ, которые дают возможность ориентироваться в диагностике и лечении этого сложного заболевания.

В данной работе хочу отметить составляющие успеха лечения риносинусита. Прежде всего, это функциональная эндоскопическая и микроскопическая риносинусохирургия. Суть её заключается в тщательном удалении полипов, восстановлении физиологической аэрации в полости носа и околоносовых пазухах, щадящем отношении к слизистой оболочке, даже воспалённой. Состояние внутриносовых структур требует особого внимания. Необходимо помнить о риногенности процесса в околоносовых пазухах. Хирургическое лечение должно быть дополнено медикаментозной терапией. Выбор медикаментов зависит от основной наиболее вероятной причины полипозного риносинусита — бактериальная, грибковая, сочетание с общей патологией. Очень важно послеоперационное наблюдение за больным.

Послеоперационное наблюдение можно разделить на несколько периодов. Ранний стационарный, в течение около пяти койко-дней. В это время больному обрабатывается полость носа, на четвёртый день промываются пазухи. Ранний амбулаторный период может длиться у каждого пациента различно. Он заканчивается с завершением эпителизации раневой поверхности. Иногда это длится до трёх месяцев. Больной самостоятельно проводит промывание полости носа физиологическим раствором, инсуфлирует кортикостероид. Длительность местной кортикостероидной терапии различна. При первых трёх формах полипоза (нарушение аэродинамики, бактериальная, грибковая) она может быть до трёх месяцев. Продолжение её решается индивидуально. При других формах полипозного риносинусита местная кортикостероидная терапия должна быть длительной. Перерыв её возможен при благоприятном течении процесса, чаще в летний период (меньше возможность заболеть ОРВИ).

Динамическое наблюдение (диспансерное) за больными полипозным риносинуситом должно быть постоянным. Снятие с учёта индивидуально, возможно при первых трёх формах. В случае полипозного риносинусита, сопряжённого с общей патологией, диспансерное наблюдение постоянное. Строгий осмотр пациента во всех случаях ОРВИ. При обнаружении признаков рецидива следует усилить кортикостероидную терапию и при её безуспешности провести хирургическое лечение как можно раньше, не ожидая прекращения носового дыхания. Наличие полипа — признак персистенции воспаления, а воспаление следует лечить и не надеяться на самоизлечение. Большое значение имеет работа с пациентами.

Причины неудач функциональных эндоскопических операций:

- дефекты в технике наложения соустья в среднем носовом ходе при первой операции;
- стеноз соустья, наложенного при первой операции;
- дефекты послеоперационного ведения больных;

- иммунологический дефицит;
- аллергия;
- наличие сопутствующей бронхиальной астмы и аспиринотриады;
- персистенция воспаления в связи с патогенной микрофлорой;
- нарушение больным предписанного режима.

В международном документе ЭПОС-07 о хирургическом лечении полипозного риносинусита констатируется следующее. Концепции функциональной эндоскопической синусохирургии всемирно распространились благодаря труду и стараниям Stammberger и Kennedy с 1980-х гг. Такой вид хирургического лечения характеризуется малой инвазивностью, а следовательно, быстрым восстановлением функциональных характеристик работы слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. С внедрением эндоскопической хирургии показания к оперативным видам лечения расширились, возросло число хирургов и проводимых операций, а соответственно, увеличилось число ятрогенных осложнений. Одно время в США эндоназальная эндоскопическая хирургия являлась самой частой причиной судебных исков.

Послеоперационные осложнения зависят от нижеизложенных факторов:

- объём вмешательства;
- первое или повторное вмешательство;
- право- или левосторонняя патология (вмешательство на правой стороне даёт большее число осложнений);
- вид анестезии: местная или общая;
- величина кровопотери во время операции;
- мастерство хирурга.

К материалам ЭПОС-07 следует добавить. **Пациент, перенесший функциональное хирургическое вмешательство сохраняет надежду на выздоровление даже при рецидиве полипоза; перенесший радикальную хирургическую операцию часто становится пациентом навсегда.**

Современная эндоскопическая и микроскопическая риносинусохирургия основана на знаниях о физиологии и патофизиологии верхних дыхательных путей, патогенезе заболеваний носа и околоносовых пазух.

Отказ от внедрения этих методов связан или с отсутствием возможности купить необходимую аппаратуру (объективная причина) или недостаточным уровнем знаний у врача (субъективная причина). **Чем больше врач знает и умеет, тем богаче у него выбор для проведения эффективного лечения, тем большую пользу он может принести больному. Такой врач нужен людям и более востребован.**

**С.З. Пискунов, Ф.Н. Завьялов,
Н.М. Солодилова**

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Курский государственный медицинский университет

В данной работе представлен клинический анализ риносинусогенных орбитальных осложнений по материалам ЛОР-отделения Курской областной клинической больницы за период с 2003 по 2008 гг.

Цель работы: проанализировать причины возникновения и характер офтальмологических риносинусогенных осложнений, а также определить показания к хирургическим доступам при операциях на околоносовых пазухах.

Результаты исследования. За 6 лет в ЛОР-отделении находились 65 пациентов с риносинусогенными орбитальными осложнениями. Из них мужчин было 38 (58%), женщины — 27 (42%). По возрасту пациенты распределены следующим образом: до 10 лет — 6 человек (9,2%), от 10 до 20 лет — 22 человека (33,8%), от 20 до 40 лет — 19 человек (29,2%), от 40 до 60 лет — 11 человек (16,9%), старше 60 лет — 7 человек (10,8%). Средний возраст больных 30,6 лет.

Причиной риносинусогенных орбитальных осложнений у 37 больных (56,9%) были острые гнойные синуситы, в 13 случаях (20%) — хронический гнойно-полипозный процесс, в 6 случаях (9,2%) — хронический гнойный синусит, в 2 случаях (3,1%) — хронический некротический синусит. В 7 случаях (10,8%) были диагностированы доброкачественные новообразования (остеоомы): решётчатого лабиринта — 4 (13,8%), лобной пазухи — 3 (4,6%). О распространенности поражения судили по данным рентгеновской компьютерной томографии: гайморозтмоидофронтит — 24 случая (36,9%), гайморозтмоидит — 17 случаев (26,2%), гемисинусит — 12 случаев (18,5%), пансинусит — 5 случаев (7,7%). Таким образом, при воспалительном характере всегда были поражены две и более околоносовых пазухи. В структуре орбитальных осложнений реактивный отёк присутствовал у большинства больных — 58 человек (89,2%), изолированно — у 26 больных (40%), в сочетании с ретробульбарным абсцессом — у 9 (13,8%), с субпериастиальным абсцессом — у 18 (27,7%), с флегмоной орбиты — у 6 больных (9,2%). У 7 больных (10,8%) с остеоомами решётчатого лабиринта и лобных пазух офтальмологическая симптоматика проявлялась экзофтальмом, смещением глазных яблок кнаружи, ограничением подвижности вверх и внутрь, двоением в глазах.

Хирургическому лечению подвергнуто 57 человек (87,7%). Эндоскопические эндоназальные вмешательства были выполнены у 49 больных (75,4%). Как правило, выполнялись сочетанные операции на структурах полости носа (перегородке, носовых раковинах) с одновременной санацией поражённых синусов, обнажением орбитальной стенки и вскрытием орбиты с последующим дренированием абсцесса. Эндоназальный доступ был использован при гнойных и гнойно-полипозных формах поражения околоносовых синусов. В 8 случаях были выполнены комбинированные хирургические вмешательства: эндоназальный эндоскопический этап дополнен выполнением операций на лобной пазухе, клетках решётчатого лабиринта или верхнечелюстных пазухах с наружным доступом. Показаниями в таких случаях служили некротические формы поражения слизистой оболочки синусов и остеоомы околоносовых пазух, которые невозможно удалить эндоназально.

Выводы:

1. Причиной возникновения риносинусогенных орбитальных осложнений являются острые (56,9%) синуситы.
2. По характеру воспалительного процесса в 56 случаях (86,2%) встречаются гнойные и гнойно-полипозные формы.
3. Эндоназальные эндоскопические хирургические вмешательства в 75,4% случаев позволяют достичь выздоровления пациентов. Выполнение saniрующих операций на околоносовых пазухах с наружным доступом показано при некротических формах воспалительного процесса.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

А.Н. Щеглов, В.С. Козлов **ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ЧЕРЕЗ МИНИДОСТУП** **РМАПО-Москва. ЦКБ УД П РФ-Москва**

Актуальность проблемы. Осложнения являются одной из основных причин неудач в хирургии, в том числе и при вмешательствах на ЛОР-органах. Поэтому анализ интра- и послеоперационных осложнений, а также методы их профилактики и лечения всегда будут проблемами исключительной значимости.

Целью работы явилось изучение осложнений при операциях на верхнечелюстных пазухах через минидоступ в передней стенке верхнечелюстной пазухи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 74 пациента: 34 женщины и 40 мужчин в возрасте от 15 до 73 лет с хроническими заболеваниями верхнечелюстных пазух. Кисты были диагностированы у 30 пациентов, грибковый процесс (мицетома) — у 16, полипозный процесс — у 17 и хронический гнойный синусит — у 11 пациентов. У 32 пациентов отмечали наличие

деформации носовой перегородки и гипертрофии нижних носовых раковин.

Дооперационный алгоритм обследования включал в себя: сбор анамнеза, эндоскопию полости носа, компьютерную томографию околоносовых пазух в коронарной и аксиальной проекциях, риноманометрию. Всем пациентам выполнена эндоскопическая операция на верхнечелюстных пазухах через минидоступ в передней стенке верхнечелюстной пазухи, при помощи троакара Козлова. Пациентам, у которых была деформация носовой перегородки и гипертрофия нижних носовых раковин, операцию дополняли септопластикой и конхопластикой. При изолированных кистах и отсутствии воспалительных изменений слизистой пазухи содержимое и оболочку кисты удаляли, но расширение соустья не выполняли. Во всех остальных случаях естественное соустье расширяли. В послеоперационном периоде пациентам назначали антибиотики на 5 дней. Строго запрещалось высмаркивание в течение 3 дней после операции, так как это могло привести к развитию эмфиземы. Дважды в день выполняли туалет полости носа, включающий анемизацию слизистой оболочки, орошение полости носа раствором серебряной воды. Туалет завершали 30-минутной аппликацией 10% метилурациловой мази на тампоне. На третьи сутки после операции, пациентам, у которых было произведено расширение соустьев, пазухи промывали раствором антисептика.

Осложнения возникли у 2 пациентов, находившихся в стационаре, в виде гемосинуса. Признаками гемосинуса являются повышение температуры тела до 38°C и выше, а также ощущение давления в проекции пазухи. Возможно появление болевых ощущений и припухлости щеки в области операции. Расширения соустьев у этих пациентов не выполняли. Лечение осложнений потребовало выполнения однократной пункции верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход с последующим её промыванием серебряной водой, а также замены антибиотика. В остальном ведение послеоперационного периода было схожим с основной группой.

Данные клинические наблюдения показывают, что гемосинус может возникнуть даже при нормальном на вид соустье пазухи. Вероятной причиной недостаточной работы соустья является отёк слизистой оболочки, возникший в результате внутриносовой части операции. Такое предположение можно обосновать тем обстоятельством, что при изолированных поражениях верхнечелюстных пазух кистозным процессом, удаление кисты практически не приводит к образованию гемосинуса.

Заключение: при сочетанных операциях, соустье необходимо расширять даже в том случае, когда визуально оно не имеет изменений.

E-mail: Alexey_Scheglov@mail.ru

8. ХРАП И СОАС: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ РИНОЛОГА

П.А. Кочетков, А.С. Лопатин, Д.В. Фишкин **СЛИПВИДЕОЭНДОСКОПИЯ — МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ АПНОЭ СНА**

Клиника болезней уха, горла и носа Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова

Проблема нарушения проходимости верхних дыхательных путей в настоящее время является весьма актуальной. Особое значение эта патология приобретает при синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС), поскольку последнее состояние часто приводит к серьёзным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма и может привести к смерти.

На сегодняшний день, ведущим методом диагностики СОАС является компьютерная полисомнография, позволяющая детально установить степень возникающей у пациента гипоксии. Данный метод в значительной степени помогает невропатологу или отоларингологу подобрать оптимальный метод лечения, в том числе и хирургичес-

кий. Однако полисомнография даёт лишь количественное представление о тяжести СОАС. Нами предложен новый метод диагностики, который позволяет качественно установить уровень обструкции верхних дыхательных путей при СОАС и иметь визуальное представление о степени вентиляционных нарушений — слипвидеоэндоскопия.

В основе метода лежит эндоскопический осмотр полости носа, глотки, гортаноглотки и гортани в условиях медикаментозного сна. Для проведения слипвидеоэндоскопии пациент госпитализируется, предварительно пройдя стандартное обследование для операции под наркозом и полисомнографию. Это необходимо для того, чтобы после диагностики пациента можно было незамедлительно прооперировать, не проводя выписки из стационара. После осмотра анестезиологом пациент берётся в операционную, где производится его введение в медикаментозный сон, для чего используются гипнотические препараты короткого действия. После наступления сна, производится эндоскопия. Используется либо 70 градусная-жесткая оптика, либо диагностический фиброларингоскоп, который даёт более широкую картину при обследовании. В ходе исследования анализируется уровень обструкции, длительность эпизодов апноэ и гипопноэ. Процедура занимает не более 10 мин, после которой пациент наблюдается в отделении до прекращения седативного действия препаратов.

Изображение с видеокamеры нами протоколируется на DVD-носитель. Это очень важно для оценки эффективности проводимой в последующем операции. Запись исследования также является дополнительным аргументом в руках хирурга перед пациентом, так как последнему можно продемонстрировать результаты.

Учитывая простоту метода диагностики, небольшие требования к оборудованию, а также его высокую информативность, мы рекомендуем проведение слипвидеоэндоскопии для дополнительной диагностики СОАС.

E-mail: mma@lor.u

С.В. Решетников*, В.Н. Решетников,
О.В. Решетникова*****

ВЗАИМОСВЯЗЬ НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИИ И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

*ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ;

**Поликлиника ОАО «Газпром»;

***ФГУ ДПО Российской медицинской академии
постдипломного образования

Значительную роль в генезе СОАС играет патология ЛОР-органов и, в частности, носовая обструкция. У пациентов с СОАС считается общепринятой необходимостью устранения носовой обструкции. В настоящее время недостаточно изучен вопрос о том, в какой степени носовая обструкция обуславливает тяжесть нарушений дыхания во сне и какое влияние оказывает устранение носовой обструкции на течение СОАС.

Цель исследования: Изучить клиническую значимость носовой обструкции в генезе СОАС.

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов в возрасте от 17 до 72 лет, предъявлявших жалобы на храп и остановки дыхания во сне. Предварительно изучался анамнез, проводилось анкетирование; осуществлялся осмотр ЛОР-органов. Затем проводилась передняя активная риноманометрия. После этого с помощью прибора «Apnea Link» в течение ночи производился респираторный мониторинг. По результатам мониторинга рассчитывался индекс апноэ/гипопноэ (АНИ) (количество эпизодов апноэ/гипопноэ в час). После сна повторялось ПАРМ. Затем пациенту проводился тот же объём исследования на фоне медикаментозного расширения носовых ходов (с использованием сосудосуживающих интраназальных препаратов (СИП)) под контролем ПАРМ. В дальнейшем сравнивали результаты исследования, проведённого в течение первой и второй ночи.

Все пациенты, страдающие СОАС, были разделены на 2 группы: основную (75 человек) — с наличием носовой обструкции и контрольную (23 человека) — без неё.

Результаты. По данным ПАРМ, в основной группе носовая обструкция лёгкой степени была выявлена у 14 человек, средней степени — у 29, тяжёлой степени — у 32. По результатам респираторного мониторинга во время сна СОАС лёгкой степени (АНИ 10–19) в основной группе был выявлен у 13 человек, в контрольной — у 2; средней степени (АНИ 20–39) в основной группе — у 21 человека, в контрольной — у 3; тяжёлой степени (АНИ 40 и более) в основной группе — у 10, в контрольной — у 2. Не было выявлено СОАС (АНИ менее 10) в основной группе у 31 человека, в контрольной — у 16.

Значимое уменьшение АНИ на фоне применения СИП (на 3 и более) наблюдалось в основной группе у 21 человека, из них у 7 АНИ снизился на 10 и более; в контрольной — у 7 человек, из них у 3 АНИ снизился на 10 и более. Значимое увеличение АНИ (на 3 и более) наблюдалось у 25 человек, из них у 7 АНИ повысился на 10 и более; в контрольной — у 2 человек. У остальных 29 человек из основной группы и 14 из контрольной значимого изменения АНИ после применения СИП не наблюдалось.

Выводы. Результаты исследования опровергают расхожее мнение об исключительно положительном влиянии устранения носовой обструкции на проблему СОАС. У значительного количества обследованных улучшение носового дыхания негативно сказывалось на значении индекса апноэ/гипопноэ.

E-mail: steant@gmail.com

А.А. Сухарев, В.И. Садовский, А.В. Черныш КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРАПА Гомельская областная клиническая больница, г. Гомель

Храп — это акустический феномен, возникающий вследствие вибрации мягких тканей при частичной или полной обструкции верхних дыхательных путей. По данным ВОЗ, более 30 % взрослого населения страдает храпом, у 30% храп сопровождается остановкой дыхания во время сна — синдромом сонного апноэ (ССА). ССА сопровождается дыхательной недостаточностью, нарушением функций различных органов, сонливостью в дневное время и является фактором риска артериальной гипертензии, острого нарушения мозгового кровообращения, нарушения сердечного ритма, инфаркта миокарда и внезапной смерти. Существует множество методов лечения храпа.

Цель исследования: оценить эффективность полупроводниковой лазерной вулопалатопластики при храпе и препарата «Слипекс» в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились больные ЛОР-отделения и кабинета микроэндоскопической диагностики и лазерной хирургии Гомельской областной клинической больницы. Всего в исследование включено 35 больных (1-я группа — 15: 2-я — 20). Для выяснения причин храпа использовалась оптическая риноскопия с помощью телескопа Хопкинса. В случае выявления нарушений со стороны полости носа и носоглотки больным производилась коррекция для восстановления нормального дыхания.

Операции лазерной вулопалатопластики выполнялись пациентам со 2–3 степенями храпа и ССА лёгкой степени. Сущность операции заключалась в лазерной резекции язычка, вапоризации валика Пассавана, дополнительных насечках слизистой оболочки мягкого нёба, частичной коагуляции задних нёбных дужек. Операции производились полупроводниковым лазерным скальпелем-коагулятором «Лазон 10-П», излучение длиной волны 0,97 мкм и выходная мощность 10 Вт. Все операции произведены под местной анестезией с премедикацией. Пациенты 2-ой группы в послеоперационном периоде получали препарат «Слипекс» по 2–3 оршения с первого дня 3 раза в сутки в зону операции (1–2 недели 3 раза в сутки, 3-я — 2, 4-я — 1 раз в сутки).

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечался болевой синдром различной степени выраженности. У 20 больных для снятия боли, отёка, воспаления нами впервые применён препарат «Слипекс» по вышеуказанной схеме. Эффективность

препарата «Слипекс» оценивалась по длительности болевого синдрома и отёка мягкого нёба. Выраженный болевой синдром у 90% пациентов 1-ой группы продолжался в течение 6 дней, отёк — 4 дня, а у пациентов 2-ой группы — соответственно 3 и 2 дня, то есть при назначении препарата «Слипекс» длительность болевого синдрома и отёка уменьшилась в 2 раза. Средняя длительность лечения в стационаре пациентов 1-ой группы составила 6 дней, 2-ой — 5 дней, а временная нетрудоспособность соответственно — 14 и 12 дней. Результаты лечения храпа нами оценивались при выписке, через 1, 3, 12 мес.

Анализируя результаты, необходимо отметить высокую эффективность лазерной увулопалатопластики: у пациентов 1-ой группы через 12 мес. храп прекратился у 9 (60%), 2-ой — у 19 (76%).

Выводы:

1. Полупроводниковая лазерная увулопалатопластика характеризуется безболезненностью, бескровностью, минимальной травматизацией, даёт хорошие косметический и функциональный эффекты и может выполняться в амбулаторных условиях.

2. Использование препарата «Слипекс» *Sleepex* фирмы *SAGMEL, Inc., USA* и практических рекомендаций в послеоперационном периоде значительно повышает эффективность полупроводниковой лазерной увулопалатопластики.

E-mail: chamysh@open.by

А.К. Эсенбаева

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РОНХОПАТИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ СТРУКТУР ПОЛОСТИ НОСА

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» Росздрава, г. Москва

Цель исследования: определить степень влияния искривления перегородки носа и гипертрофии нижних носовых раковин на патогенез ронхопатии.

Материалы и методы. С целью исследования нами были обследованы и пролечены 136 пациентов, обратившихся с жалобами на храп. У всех больных при обследовании была выявлена девиация перегородки носа и гипертрофия нижних носовых раковин. На нарушение носового дыхания жаловались лишь 6 пациентов.

Всем пациентам проводили фарингоскопию, переднюю и заднюю риноскопию с помощью оптической техники. Дыхательную функцию полости носа оценивали при помощи аппарата для передней активной риноманометрии (ПАРМ) и акустической ринометрии (АР).

Громкость и продолжительность храпа оценивали на основании данных полисомнографии до операции и через месяц, после хирургического лечения.

Всем больным была произведена увулопалатопластика.

Результаты и их обсуждение. В I группу вошли 76 больных (55,8%), у которых при объективном исследовании не было нарушений дыхательной функции полости носа, им была выполнена только увулопалатопластика. Во II группу вошли 60 больных, которым потребовалась септопластика 12 больных (8,8%) и турбинопластика 48 больных (35,2%) на I этапе лечения. На II этапе они также перенесли увулопалатопластику.

По данным ПАРМ, было установлено, что у больных I группы объём воздушного потока (ОВП) $186 \pm 19,38 \text{ см}^3/\text{сек}$. Суммарный объём воздушного потока (СОВП) на вдохе и выдохе составил $420 \pm 18,24 \text{ см}^3/\text{сек}$. У пациентов II группы показатели ОВП варьировали от 50 до $121 \text{ см}^3/\text{сек}$. СОВП вдоха и выдоха был равен $240 \pm 6,02 \text{ см}^3/\text{сек}$. После хирургического лечения во II группе ОВП стал равным $179 \pm 18,24 \text{ см}^3/\text{сек}$. СОВП — $365 \pm 12,25 \text{ см}^3/\text{сек}$.

При АР общая минимальная площадь поперечного сечения (ОМППС) в I группе $0,91 \pm 0,4 \text{ см}^2$ — до анемизации и $0,99 \pm 0,4 \text{ см}^2$ — после анемизации, что свидетельствует о достаточном функционировании переднего клапана носа (ПКН). Во II группе ОМППС до анемизации — $0,62$

$\pm 0,4 \text{ см}^2$ и $0,67 \pm 0,4 \text{ см}^2$ — после анемизации. После хирургического лечения показатель ОМППС во II группе до анемизации — $0,75 \pm 0,4 \text{ см}^2$ и $0,80 \pm 0,4 \text{ см}^2$ — после анемизации.

По результатам полисомнографического обследования интенсивность храпа в I группе до лечения составила $78 \pm 12 \text{ ДБ}$, после увулопалатопластики — $35 \pm 3 \text{ ДБ}$, что является не раздражающим для сна окружающих. Во II группе интенсивность храпа была равна $80 \pm 11 \text{ ДБ}$, после ринохирургии — $72 \pm 7 \text{ ДБ}$, затем этим пациентам выполнили второй этап лечения — увулопалатопластику, через месяц громкость храпа уменьшилась до $36 \pm 4 \text{ ДБ}$, что соответствовало показателям первой группы.

Выводы. При достаточной работе ПКН нарушение архитектоники полости носа не имеет функционального значения, не является причиной ронхопатии и не нуждается в коррекции у данных пациентов.

E-mail: AidaEsenbaeva@yandex.ru

9. ДРУГИЕ ВОПРОСЫ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

Х.Т. Абдулкеримов, Е.Л. Савлевич, Т.Н. Тарасевич

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2b В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОРВИ

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург, Россия

Цель исследования: изучение возможности применения аэрозольной формы препарата интераль в терапии ОРВИ у взрослых.

Работа проводилась на базах инфекционного и ЛОР-отделений МУ ГКБ 40 (г. Екатеринбург) в эпидемические сезоны 2007–2008 и 2008–2009 гг. Под нашим наблюдением находились 62 пациента с диагнозом ОРВИ средней степени тяжести в возрасте от 18 до 66 лет. Из них женщин — 34, мужчин — 28. Диагноз ставился на основании комплексного клинико-anamnestического обследования, включая эпидемические данные, тщательный сбор анамнеза на предмет отсутствия хронической патологии ЛОР-органов, аллергических реакций на лекарственные препараты, эндоскопии ЛОР-органов.

Пациенты были распределены на 2 группы. Первая — 30 лиц с ОРВИ, получавших интераль в аэрозольной форме. Больные второй группы подвергались традиционной терапии. Перед приёмом препарата от каждого больного получали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Лечение осуществлялось в виде монотерапии аэрозольной формой препарата интерферон альфа 2b (ГНИИ особо чистых биопрепаратов г. Санкт-Петербург). Все больные с диагнозом ОРВИ были в остром периоде болезни (на 1–2 день от начала заболевания), средней степени тяжести при отсутствии осложнений. Препарат назначался в день обращения пациента (по 1 дозе в каждую половину носа через каждые 2 ч первые два дня от начала заболевания, с последующим введением 3 раза в день на третий и четвёртый день заболевания).

Оценка эффективности лечения включала ежедневный динамический контроль клинических проявлений заболевания и субъективных данных больных. Предписывался постельный режим, поливитаминные комплексы и обильное питьё. Клиническая эффективность препарата оценивалась на основании динамики наступления субъективного (исчезновения жалоб) и объективного улучшения (нормализация температуры, исчезновения катарального синдрома), отсутствия осложнений.

Результаты. Изучение клинической активности аэрозольной формой препарата интерферон альфа 2b выявило достоверное действие препарата на основные проявления болезни — катаральный и интоксикационный синдромы. Наблюдалась выраженная тенденция к ускорению купирования всех основных симптомов ОРВИ. Дополнительно выявлено значительное уменьшение сроков нормализации общего состояния, что может у оп-

ределённой части больных ОРВИ на 1–3 дня сократить сроки амбулаторного и стационарного лечения и с учётом распространённости данной патологии дать существенный экономический эффект.

Выводы:

1. Аэрозольная форма препарата интераль эффективна в лечении ОРВИ и гриппа (удобная форма выпуска, действие в месте входных ворот инфекции, отсутствие возможной опасности заражения гематогенными инфекциями, возникающей при введении природных ИНФ).

2. Препарат может быть рекомендован для включения в арсенал средств, используемых для терапии и профилактики ОРВИ и гриппа, особенно в период эпидемий.

E-mail: abdulkerimov@gkb40.ur.ru

А.К. Боклин О.А. Мельников

РАБОТА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ АНО «ГУТА КЛИНИК», г. Москва

Организация работы структурных подразделений федеральных и муниципальных медицинских учреждений за последние десятилетия практически не претерпела никаких изменений, несмотря на изменившиеся экономические условия в стране. Старые стереотипы работы были основаны на критерии «бесплатной медицины» — увеличивались сроки пребывания пациента в стационаре без реальной на то необходимости.

Цель: оптимизация клиничко-экономической деятельности оториноларингологического отделения.

Материалы и методы. Амбулаторно-поликлиническое ЛОР-отделение ГУТА-Клиник состоит из четырёх кабинетов: кабинет аудиологии и слухопротезирования, кабинет детского приёма и два кабинета для приёма пациентов старше 15 лет. Штат сотрудников представлен шестью врачами и шестью медицинскими сестрами. Оснащение кабинета аудиологии и слухопротезирования: сурдокамера, клинический аудиометр, клинический импедансометр, нейрорусредитель для регистрации вызванных потенциалов, прибор для регистрации отоакустической эмиссии, рабочее место слухопротезиста, программатор для слуховых аппаратов, риноманометр, акустический ринометр. Кабинет детского приёма оборудован рабочим местом АТМОС, видеостойкой с монитором и гибкими ринофарингоскопами STORZ диаметром 4,0 и 2,2 мм, ультразвуковой сканер Ангиодин, аппаратом для ультразвукового промывания миндалин КАВИТАР. В кабинетах приёма взрослых пациентов имеются: рабочие места АТМОС со встроенным коагулятором ERBE, видеостойка с монитором и гибким фиброскопом диаметром 4,0 OLIMPUS Visera, видеостойка с монитором и жёсткими риносинусоскопами STORZ диаметром 4,0 и 2,2 мм., радиоволновой аппарат Somnus, аппарат Тонзиллор. Операционная оснащена эндовидеосистемой GIMMI, операционным микроскопом ZEIS, моторной системой STORZ, шейвер STRAIKER. В хирургическом стационаре краткосрочного пребывания имеются пять комфортабельных палат.

Результаты. Приём проводится в две смены, распределение потока пациентов осуществляется с момента записи по соответствующим профильным кабинетам в зависимости от возраста и предполагаемого заболевания, в случае хирургической патологии пациента изначально консультирует оперирующий специалист.

Среди диагностических процедур, расширяющих возможность диагностики и лечения необходимо выделить эндоскопическое обследование ЛОР-органов с демонстрацией на мониторе и возможной записью на цифровые носители по желанию пациента, диагностику заболеваний околоносовых пазух ультразвуковым методом, без рентгеновской нагрузки, что немаловажно в детской практике и при лечении беременных. В амбулаторном лечении патологии ЛОР-органов применяются модифицированный метод промывания околоносовых пазух, промывание лакун миндалин ультразвуковым методом, а также малая

амбулаторная хирургия радиохирургия носовых раковин, удаление новообразований, радиочастотная терморедукция тканей мягкого нёба (сомнопластика) и пр.

За первый квартал 2009 г. произведено 1670 приёмов: детей — 406, взрослых — 1264; из них первичных — 481: взрослых — 369, детей — 112. Средняя нагрузка на кабинет составила 417 посещений, на врача 278 приемов.

Пациенты с патологией среднего и внутреннего уха для дальнейшего обследования направляются в кабинет аудиологии и слухопротезирования, возможности которого заключаются в ранней диагностике заболеваний органа слуха, топической диагностике поражений слухового анализатора. За указанный период выполнено 295 исследований: тональная пороговая аудиометрия — 95, аудиометрия объективная компьютерная — 8, электрокохлеография — 59, регистрация отоакустической эмиссии — 13, импедансометрия — 120. За первый квартал 2009 г. прооперированно 48 пациентов, выполнено операций 55. Операций на перегородке носа с коррекцией нижних носовых раковин — 22, эндоскопических вмешательств на ОНП по методике Fess — 18, тонзилэктомий — 7, аденоотомий — 8.

Основная масса больных прооперированна под эндотрахеальным наркозом с гипотонией — 43 и 5 пациентов прооперировано под местной анестезией. После септопластики с коррекцией нижних носовых раковин в полость носа пациентам устанавливаются силиконовые стенты, пациентам после вмешательств на ОНП по методике Fess — раздувные гелиевые тампоны с дышащим каналом — это обеспечивает носовое дыхание, что очень важно с точки зрения качества жизни пациентов в первые сутки после операции. Необходимо отметить, что все предоперационное обследование проводится за два визита пациента в клинику. Средний койко-день за истекший период составил 1 сутки.

Выводы. Важным фактором на сегодняшний день является современное оснащение структурных подразделений и механизм предоставления услуги, максимальные возможности диагностики за минимальный период. Такие моменты в процессе приёма и обследования, как видеоэндоскопия с демонстрацией пациенту или его родственникам, запись на электронные носители, положительно сказывается на качестве услуг. Мы считаем важным для современного ведения пациента: полное предоперационное обследование за минимальный отрезок времени, нахождение пациента в стационаре в течение суток в максимально комфортных условиях, реабилитацию и восстановление трудоспособности в минимальные сроки. Работа структурных подразделений здравоохранения должна постоянно мониторироваться и соответственно изменяться, тем самым максимально повышая клиничко-экономические показатели.

E-mail: boklinlor@mail.ru

В.П. Быкова

СИСТЕМА МАЛТ В АСПЕКТЕ ВРОЖДЁННОГО И АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА

**ФГУ «НҚЦ Оториноларингологии Росздрава»,
г. Москва**

Согласно современным представлениям, так называемые неспецифические механизмы защиты слизистых оболочек дыхательных путей составляют сложно организованную комплексную систему врождённого иммунитета, основанную на специфическом распознавании инфекционного начала с помощью консервативных, то есть закодированных в геноме хозяина и наследуемых из поколения в поколение, рецепторов. Эти врождённые рецепторы распознают особые молекулярные структуры патогена, называемые патоген-ассоциированными молекулярными паттернами (ПАМП), поэтому данные рецепторы получили название паттерн-распознающих рецепторов (ПРР). Среди ПРР наиболее изученными в настоящее время является суперсемейство Толл-подобных рецепторов.

Участие механизмов врождённого иммунитета опосредовано специфическим взаимодействием PRR с соответствующим ПАМП, в результате которого включается сигнальный путь активации нуклеарного фактора каппа В, определяющего в конечном итоге продукцию активированной клеткой целого ряда цитокинов и хемокинов. Механизмы врождённого иммунитета обеспечивают тем самым немедленное реагирование на инвазию патогена ещё до включения механизмов адаптивного иммунитета.

Мы полагаем, что выявление в ретикулярном эпителии крипт нёбных и глоточной миндалин и респираторном эпителии по протяжению слизистых оболочек Толл-подобных рецепторов открывает новые стороны лимфоэпителиального взаимодействия в создании иммунного барьера МАЛТ системы дыхательных путей и помогает понять двойственность клинических проявлений функционирования лимфоэпителиальных органов глотки как органов очаговой инфекции и как важнейших органов иммунитета, создающих иммунный барьер слизистых оболочек.

Т.Н. Горяева

ЛЕЧЕНИЕ ТУБОУТИТОВ, СОЧЕТАННЫХ С АДЕНОРИНОСИНОСИТАМИ И НАРУЖНЫМИ ОТИТАМИ

Центр восстановительного лечения для детей «Феникс», г. Чита

При катаральных аденориносинуситах частой сопутствующей патологией является тубоотит. Он развивается либо самостоятельно в результате гиповентиляции и заброса слизи через слуховую трубу, либо при насильственном промывании полости носа различными приспособлениями. На болевые ощущения дети при этом практически не жалуются, родители, замечая снижение слуха у детей, пытаются «прочистить» им наружные слуховые проходы, что ведёт к развитию наружного диффузного отита (НДО) в результате инфицирования и мацерации кожи.

Среди возбудителей НДО встречаются грамположительные, грамотрицательные микроорганизмы, грибы, вирусы. Принимая решение о выборе препарата для лечения НДО, необходимо помнить о недостатках антимикробных средств, используемых для системного применения: повышенная чувствительность организма, возможная фотосенсибилизация (группа тетрациклинов и фторхинолонов), побочные реакции, ограниченное применение у детей и у больных с некоторыми хроническими заболеваниями внутренних органов, воздействие на микрофлору кишечника.

Препаратом, высокоактивным в отношении всех известных возбудителей, является антисептик мирамистин. Кроме того, он повышает функциональную активность иммунных клеток, ускоряет процесс заживления ран.

Цель исследования: оценить эффективность лечения НДО низкочастотным ультразвуком (НУЗ) с применением раствора мирамистина.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 человек в возрасте от 7 до 15 лет, обратившихся в ЦВЛД «Феникс» и диагностическую поликлинику Медицинской академии с диагнозом: острый и обострение хронического аденориносинусита, двусторонний тубоотит, НДО. Исследование включало сбор анамнеза, жалоб, осмотр ЛОР-органов, бактериологическое исследование отделяемого из слухового прохода.

Для лечения пациентов использовался аппарат «Тонзиллор-М», позволяющий воздействовать НУЗ на ЛОР-органы человека. НУЗ широко используется для консервативного лечения различных заболеваний, так как он является фактором биологической активации и трофики организма, стимулирует крово- и лимфообращение, окислительные регенеративные процессы, кроме того, локальное воздействие его ведёт к уменьшению бактериальной обсеменённости слизистых оболочек и кожи, к повышению чувствительности микробной флоры к антибиотикам.

Схема лечения включала в себя двукратное по 15 сек. с перерывом 30 сек. озвучивание слухового прохода, предварительно заполненного 0,01% раствором мира-

мистина с помощью волновода для лечения НДО (И.А. Нестеров, К.И. Нестерова, А.И. Драчук, 2004). После каждого сеанса проводилось отсасывание использованного лекарственного препарата и просушивание с помощью ватного тампона. Лечение проводилось 1 раз в сутки, от 7 до 10 процедур на курс, до купирования клинических признаков НДО.

Результаты. Положительный эффект отмечался уже на 2–3 день заболевания, что выражалось в купировании болевого синдрома, исчезновении зуда, гнойных выделений из слухового прохода. При отоскопии значительно уменьшались гиперемия кожи слухового прохода, отёк и болезненность при осмотре. Многим пациентам не требовалось назначения системной антибактериальной терапии.

Выводы. Использование НУЗ с применением антисептического раствора мирамистина является эффективным методом лечения НДО и позволяет широко использовать его в амбулаторной практике.

E-mail: nesterov_ivan@mail.ru

Ф.Н. Завьялов, О.Г. Гончарова, Л.П. Попова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОГЕННОЙ ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА СРЕДНЕМ УХЕ

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Длительное заживление послеоперационной полости височной кости может способствовать избыточному росту пиогенных грануляций, что зачастую приводит к персистенции воспалительного процесса и продолжению оторее. Рецидивы воспаления в отдалённом периоде после хирургической санации среднего уха наблюдаются в 12–60% случаев. Таким образом, является актуальным совершенствование методов ускорения заживления послеоперационных ран и адаптация их к особым условиям регенеративного процесса в трепанационной полости височной кости.

Во многих областях реконструктивной хирургии хорошо зарекомендовали себя различные аутоканы, к числу которых относится и аутогенная обогащённая тромбоцитами плазма. В оториноларингологии биологически обогащённая тромбоцитарная плазма (БоТП) была использована для профилактики кровотечений при тонзилэктомии, при пластике синоорального соустья с верхнечелюстной пазухой.

Цель работы: изучить влияние местного применения БоТП на заживление трепанационной полости при операциях на среднем ухе.

Материалы и методы исследования. Нами прооперировано 26 пациентов с хроническим гнойным средним отитом (эпитимпанитом или мезоэпитимпанитом). Всем больным под интубационным наркозом была выполнена санирующая операция (или санирующая операция + тимпанопластика 2 или 3 типа). В основную группу вошло 15 человек, которым выполнена эндауральная санирующая аттикоантромастоидотомия с частично интактной задней стенкой и облитерацией тромбоцитарным сгустком, а также выстилкой послеоперационной полости фибриновой мембраной. В контрольной группе проводились операции по открытой методике без облитерации: 4 больным выполнена эндауральная трансмастальная санирующая аттикоантромастоидотомия с удалением задней стенки; 7 пациентам — санирующая мастоидотомия со вскрытием антрума, аттика и удалением задней стенки заушным подходом.

Для получения БоТП использовался метод, предложенный в 2000 г. F. Adda, J. Choukroun и R. Schleicher. Получаемая из кубитальной вены в ходе операции фракция крови содержит, помимо тромбоцитов, лейкоциты и белки фибриновой группы (фибриноген, фибрин, фибронектин, витронектин). Производится однократное центрифугирование крови на безвибрационной центрифуге «EBA 20» (Hettich, Германия). Скорость вращения — 2400 оборотов в минуту, время работы 12 мин. Для укладывания в послеоперационную полость мы использовали часть

сгустка, содержащую наибольшее количество тромбоцитов (третий слой). Из оставшейся части сгустка готовили фибриновую мембрану, раздавливая его между двумя стерильными предметными стеклами. В конце операции мы укладывали обогащенный тромбоцитами сгусток аутоплазмы в мастоидальную и аттикоантральную часть трепанационной полости и затем выстилали всю послеоперационную полость фибриновой мембраной.

Выводы:

1. Применение биологически обогащенной тромбоцитами плазмы при операциях на среднем ухе у больных с хроническим гнойным средним отитом приводит к сокращению сроков эпидермизации слизистой, а также уменьшению трепанационной полости в послеоперационном периоде.

2. Биологически обогащенная тромбоцитами плазма может успешно применяться как один из видов аутоплазмы для облитерации послеоперационной полости при санлирующих операциях на среднем ухе.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**С.В. Игнатов*, А.А. Шерстнева*,
Л.И. Покидышева*, И.А. Игнатова****

ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС «ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА»

*Сибирский федеральный университет
(г. Красноярск);

**ГУ НИИ медицинских проблем Севера
СО РАМН (г. Красноярск)

Оториноларингологические заболевания являются огромной социально-экономической проблемой, связанной не только со стремительным ростом распространённости, но и тяжестью течения этой патологии. Особенное затруднение вызывает постановка диагноза заболевания в районах Крайнего Севера, где недостаточно квалифицированных специалистов узкого профиля. В помощь врачам предлагается прибегнуть к разработанному авторами данной работы пакету программ, с помощью которого специалист может поставить точный диагноз.

Цель: разработать программное приложение для углубленного обследования пациентов в области оториноларингологии.

Материал и методы. Для разработки использована среда *Microsoft Visual Studio 2005*, язык программирования C++, сервер базы данных MySQL, библиотека *HtmLayout*, язык HTML.

Результаты. Разработана структура системы, алгоритмы вывода диагноза, реализована программная разработка комплекса. Программа позволяет вводить и обрабатывать записи амбулаторных карт: анамнестические и лабораторные данные, параметры обследования, и на их основе ставить диагноз заболевания. Система имеет понятный интерфейс и не затрудняет работу врача непосредственно с содержимым базы данных. Программный комплекс, предназначен для поддержки деятельности врача оториноларинголога. Комплекс может быть использован также для повышения уровня медицинского образования студентов медицинских университетов, клинических ординаторов, аспирантов. Система поддерживает современный уровень обследования больных, помогает поставить диагноз, а также автоматически формирует компьютерный архив историй болезни. Архив может быть использован для любой статистической обработки, формирования отчетов.

E-mail: ignatovai@mail.ru

И.А. Игнатова, С.В. Смирнова
**ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ (ПРИ
АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИИ)**
ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,
г. Красноярск

О возрастающей динамике заболеваний органов дыхания взрослых и детей, в том числе носа и околоносовых

пазух, пишут многие авторы (Лопатин А.С., Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Гаращенко Т.И. и др.). Актуальность заболеваний верхних дыхательных путей, вызванных хламидийной инфекцией, также бесспорна, ввиду высоких статистических показателей. Хламидиоз ассоциируется, прежде всего, с поражением слизистой урогенитального тракта. Однако, как показали недавние исследования (Арефьева Н.И., Гранитов В.М., Алешукина А.В., Миронов А.Ю., Лобзин Ю.В., Линьков В.И.), хламидийная инфекция поражает и слизистые оболочки верхних дыхательных путей.

Высокая заболеваемость аллергической риносинусопатией (АР) и малоэффективность существующих способов лечения заставляют исследователей изучать разносторонние этиологические и патогенетические механизмы. Исходя из основных патогенетических механизмов аллергии, АР можно разделить на истинную (специфическую, иммунологическую) и ложную (неиммунологическую, псевдоаллергическую) Хламидии (*Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*) не входят в состав нормальной микрофлоры организма человека, и их обнаружение говорит о наличии самостоятельного инфекционного заболевания или осложнения уже имеющегося аллергического процесса.

Цель исследования: изучить инфицированность слизистой оболочки носовых ходов хламидиями у пациентов, страдающих истинной и псевдоаллергической риносинусопатией.

Материал и методы. Обследовано 305 человек (70 мужчин и 235 женщин) в возрасте 15–79 лет, больных различными патогенетическими формами АР. В структуре АР выделены: истинная АР — 17,1% (n = 52); псевдоАР — 49,5% (n = 151) и смешанная форма АР — 33,4% (n = 102)

В работе использованы клинические, биохимические, ПИФ с использованием серии видоспецифических хламидийных люминесцирующих иммуноглобулинов иммуноферментные тест-системы «Хлами Слайд», ПЦР, ИФА, аллергологические и статистические методы. Материалом для идентификации хламидийного антигена служили мазки-соскобы со слизистой оболочки задних отделов общего и среднего носового хода и мазки-отпечатки с биоптатов (полипозная ткань, слизистая оболочка гайморовых пазух).

Результаты. Неинфицированные хламидийной инфекцией больные АР составили 52,31%. Изучена частота встречаемости хламидийной инфекции у больных различными патогенетическими формами АР. Преобладала группа больных, инфицированных *Chlamydia pneumoniae*. Они составили 28,46%, в то время, как больных с АР, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, было 19,23%.

В то же время, больших отличий в степени инфицированности хламидийной инфекцией в группах больных истинной и псевдоаллергической риносинусопатией не обнаружено. Преобладала инфицированность *Chlamydia pneumoniae*: у больных псевдоАР — 29% и у больных истинной АР — 26,9%.

E-mail: ignatovai@mail.ru

**Е.А. Козаренко, Е.А. Шевцов, А.С. Юнусов*,
А.Г. Рябинин***

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, СОПРЯЖЕННЫМ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

ФГУ ГВГ ФСБ России,
*ФГУ НКЦ оториноларингологии Росздрава,
**ГОУ ВПО МГМСУ, г. Москва

Аллергический ринит (АР), являясь сложным хроническим заболеванием слизистой оболочки полости носа, охватывает в нашей стране от 12,7 до 24%, становясь, тем самым, одной из ведущих медико-социальных проблем современного общества.

Цель работы включает в себя анализ результатов комплексного пред- и послеоперационного обследования больных, страдающих искривлением перегородки носа (ИПН) и АР, а также выработку алгоритма комплексного обследования таких пациентов.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование и комплексное хирургическое и терапевтическое лечение 15 пациентов обоего пола с АР, сопряжённым с ИГН. Для исследования применялись следующие критерии включения больных: 1) пациенты в возрасте от 15 до 45 лет; 2) диагноз интермиттирующего или персистирующего АР, ранее подтверждённый аллергологическим обследованием; 3) пациенты с различной степенью тяжести заболевания согласно классификации ARIA, имеющие на данный момент клинические симптомы АР; 4) анамнез заболевания — не менее 12 месяцев. Для разделения больных по группам использовали классификацию EPOS (2007 г.).

В разработанный алгоритм обследования включаются: сбор аллергологического, фармакологического, пищевого анамнеза, аллергологические методы (кожные тесты с атопическими аллергенами, провокационный ингаляционный и назальный тест со специфическим аллергеном, определение специфических IgE в сыворотке крови), передняя активная риноманометрия, акустическая риноманометрия, определение функции внешнего дыхания, рентгенологические методы.

Результаты. Фармакотерапия аллергического ринита была направлена на купирование острых проявлений АР с последующим планированием противорецидивного лечения. Мы использовали ступенчатый подход к лечению АР с учётом формы и тяжести заболевания. Наиболее безопасным с позиции низкой системной биодоступности является мометазон фураат (назонекс), который включали в схему ступенчатой терапии больных со средне-тяжёлой и тяжёлой формой аллергических ринитов. Как показали наши исследования, сочетание назонекса с антигистаминными препаратами у больных в период обострения уменьшает основные проявления АР у 50% пациентов уже через 10 дней от начала применения препарата. К 24 дню 80–95% больных отмечали отсутствие симптомов чихания, зуда, риноконъюнктивита, с сохранением заложенности носа за счёт наличия ИГН. Этим пациентам обязательно проводилось хирургическое лечение, а именно — риносептолластика, в различных модификациях. В дальнейшем проводился комплекс антиаллергического лечения. Применение топических кортикостероидных препаратов в послеоперационном больным назначали через 10–14 дней, чтобы избежать кровотечения. Последующий контроль эффективности проведённого лечения, выраженности назальных симптомов, показал значительное улучшение качества жизни.

Выводы. ИГН, являясь одним из наиболее частых сопутствующих факторов развития АР, требует хирургического лечения и тактики комбинированного лечения АР, что даёт высокие результаты излечения.

E-mail: zzz1468@mail.ru

М.Г. Лейзерман, М.В. Гунчиков, А.И. Галеев

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА. ЧЕМУ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?

**Московский научно-практический центр
оториноларингологии**

Последние годы оториноларингология переживает бум внедрения новых технологий в процесс диагностики и лечения. Это и современная эндоскопия, и компьютерные методы исследования, и использование лазерных, радиоволновых, холодно-плазменных инструментов. Практическому врачу иногда бывает сложно выбрать тот или иной метод, который бы позволил эффективно и качественно лечить больного.

Мы позволили себе проанализировать два высокотехнологических метода воздействия при операциях в полости носа и глотке — это радиоволновой и аргон-плазменный методы хирургии. Известно, что радиоволновые приборы позволяют выполнить одновременные разрез и мягкую коагуляцию сосудов, не вызывая при этом серьёзных некротических изменений в тканях (Лапкин К.В., 1997; Лейзерман М.Г., 1999; Manes W.L., Roeber F.V., 1978). В то

же время, свойства коблатора бесконтактно рассекают мягкие ткани, вызывая при этом коагуляцию и остановку кровотечений во все стороны от электрода, можно с успехом использовать при тонзилэктомии и дезинтеграции нижних носовых раковин (Вишняков В.В., 2007; Егоров В.И. с соавт., 2008).

Мы исследовали две группы больных. Первой выполнялась операция тонзилэктомия по поводу хронического тонзиллита. Второй — дезинтеграция нижних носовых раковин в связи с вазомоторным ринитом. При этом, тонзилэктомия была выполнена с помощью радиоволны у 15 больных, с помощью аргон-плазменной коагуляции (АПК) — у 11. Деструкция нижних носовых раковин произведена радиоволновым прибором у 20 пациентов, и коблатором — у 22. Все операции на небных миндалинах производились под наркозом, вмешательства на нижних носовых раковинах — под местным обезболиванием. Оказалось, что выделение миндалин при помощи АПК было более лёгким, а кровоточащие сосуды практически мгновенно коагулировались. Операционное поле было хорошо обзорным, послеоперационный период протекал гладко и был неосложнённым. Тонзилэктомия радиоволной была связано с несколько большей кровоточивостью тканей и необходимостью включать режим коагуляции при обработке тонзиллярной ниши.

Послеоперационный период у больных был таким же гладким, как и у больных после коблации. Деструкция нижних носовых раковин проще выполнялась радиоволновым электром, так как она не предусматривала предварительного тоннелирования ткани раковин (без которого технически использовать коблатор не представлялось возможным) и, естественно, была менее кровоточивой. Кроме того, реактивные явления в послеоперационном периоде были значительно более выраженными при применении холодно-плазменного воздействия. У двух пациентов мы обнаружили синехии нижних носовых раковин с перегородкой носа через 1 месяц после воздействия. Их рассекали и вели послеоперационный период по общим правилам.

Таким образом, нами сделан вывод о том, что использование аргон-плазменной коагуляции является оптимальным при тонзилэктомии. В то же время радиоволновая деструкция имеет преимущества при вмешательствах на нижних носовых раковинах.

E-mail: leyzerman@yandex.ru

О.А. Меркулов К ВОПРОСУ О СЕЗОННОСТИ ОБОСТРЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

**Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова**

С целью изучения сезонности обострений заболеваний ЛОР-органов был проведён клинико-статистический анализ обращаемости 492 пациентов за амбулаторно-поликлинической помощью. Среди обследованных 30,9% были лицами в возрасте до 25 лет, несколько меньше было пациентов, относящихся к возрастным группам 25–34 и 35–44 года (их доли составили соответственно 26% и 27,6%).

Распределение пациентов по количеству обострений оториноларингологической патологии в течение года свидетельствует о следующем. Среди обследованных, преобладают лица, перенесшие более трёх серьёзных обострений вышеназванной патологии за последний год (62,1%).

Среди них преобладали лица в возрасте до 25 лет (39,2%). Следующими по численности были респонденты в возрасте 36–45 лет, доля которых в возрастной структуре пациентов, перенесших более трёх обострений ЛОР-заболевания в течение года, составила 27,0%, далее в порядке убывания следовали больные в возрасте 25 — 35 лет (21,6%), 46 — 55 лет (10,8%) и 56 — 65 лет (1,4%).

Распределение обострений заболеваний ЛОР-органов среди пациентов клиники, принимавших участие в исследовании составило: весна — 5,8%, весна-лето — 1,7%, весна-лето-осень — 0,8%, весна-осень — 0,8%,

лето — 5,0%, осень — 13,2%, осень–зима — 25,6%, зима — 8,3%, в течение года — 38,8%. Как видно, более чем у трети пациентов (38,8%) не было выявлено выраженной сезонности обострений. В тоже время, у четвертой части опрошенных обострения наблюдались осенью и зимой, у 13,8% — только осенью, у 8,3% — зимой.

Следует отметить, что в течение последних лет 61,0% респондентов иногда чувствовали себя больными, около четверти были нездоровы большую часть времени, 7,3% — редко, а 5,7% — всё время. Следует отметить, что 65,0% пациентов, иногда чувствовавших себя больными в последние годы, были мужчинами, тогда как в группах опрошенных всё время и большую часть времени считавших себя больными преобладали женщины: соответственно 71,4% и 61,5%.

К.И. Нестерова, М.Г. Чеснокова, А.А. Нестерова

РОЛЬ БИОПЛЁНОК В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОЧАСТОТНЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИХ САНАЦИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Омская государственная медицинская академия, г. Омск

Цель: исследовать санационные возможности низкочастотного ультразвука (НУЗ) на биоплёнке (БП) в эксперименте.

Материалы и методы. Проведён анализ бактериологических исследований 200 пациентов с хроническим гнойным риносинуситом, отличающимся упорным течением и частыми рецидивами. У половины всех больных пазухи ранее оперированы. Выращены БП часто встречающихся при этой патологии *Ps. aeruginosa*, *S. aureus*, *E. Coli*, *C. Albicans* и ассоциации *Ps. aeruginosa* и *C. Albicans* на агаре и костной стружке в стерильных пластмассовых контейнерах, имитирующих верхнечелюстную пазуху, с 48-часовой инкубацией при T-370C и толщиной БП от 0,5 до 3 см. В каждый контейнер вносили 10 мл физиологического раствора (средний объём пазухи — 7–10 см³) и озвучивали с экспозициями 30–60–120–180 сек через волновод–концентратор в режиме резонанса. Источником НУЗ служил генератор УРСК 7Н. Затем на модели БП с теми же экспозициями проводилась процедура санационного этапа оригинальной методики лечения гнойных синуситов «синус-НУЗ», разработанной в Омской ЛОР-клинике, отличающаяся от простой НУЗ-обработки активной эвакуацией гомогенизированной БП.

Результаты. Динамика санации БП зависела качественно от образующего микроорганизма, а количественно — от толщины плёнки. В отличие от общепринятых методов инстилляции растворов в пазуху во время операции или при пункции, которые повреждают плёнку незначительно, кавитационный ультразвуковой поток биоплёнку практически разбивал. Плёнка толщиной 0,5 см через 30 сек озвучивания полностью растворялась; при толщине 1 см через 30 сек плёнка фрагментировалась, но сохраняла свои контуры; через 60 сек. выглядела в виде мутного слоистого конгломерата, плавающего в центральной части контейнера и гомогенизировалась до состояния эмульсии только через 90 сек; при толщине 2 см эмульгация происходила через 120 сек; при толщине 3 см при экспозиции 180 сек. плёнка принимала характер слоистого конгломерата, но полностью не гомогенизировалась. За 180 сек. озвучивания ни в одном образце БП полной гибели микроорганизмов не наступило, большую экспозицию НУЗ мы не применяли, так как она является нефизиологичной для тканей организма. Снижение обмененности совпадало по экспозиции со временем образования эмульсии, то есть гибель микробных клеток наступала только в состоянии взвеси, а не плёнки. Отмечена зависимость динамики санации от образующего БП

микроорганизма. При моделировании процедуры синус-НУЗ при толщине БП 1 см в промывных водах через 60 сек имеются единичные колонии микроорганизмов, через 120 сек роста флоры нет. При этом ни вид возбудителя, ни добавление антибиотиков и антисептиков существенно на скорость санации не влияют.

Вывод. Упорное рецидивирование некоторых форм гнойных синуситов, возможно, связано с образованием БП в пазухах. Применение НУЗ технологии для санации пазух способствует эрадикации патогена из БП.

E-mail: nesterov_ivan@mail.ru

В.В. Павлов, И.Н. Вахрамеев

ПРОБЛЕМЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей» Росздрава, г. Новокузнецк

Цель исследования: изучение причин неудач хирургической коррекции искривления перегородки носа и поиск возможных способов реоперации.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 79 больных с искривлением перегородки носа, нуждающихся в повторном хирургическом лечении в связи с неустранимой во время первой операции деформацией. При сборе жалоб выяснилось, что 36 (45,6%) больных знали о неудаче первой операции и связывали данный результат с возникшим «сильным» интраоперационным кровотечением. Другая группа больных — 43 (54,4%) человека — причин неудачи первой операции не знали.

При поступлении всем больным проведено эндоскопическое исследование полости носа, в 43% случаев — спиральная компьютерная томография носа и околоносовых пазух. После обследования выяснилось, что у 7 (8,8%) больных отсутствует каудальный край хряща (группа № 1), у 21 (26,6%) имеется костный шип или гребень больших размеров в костном отделе носовой перегородки (группа № 2) и, у 51 (64,6%) пациента искривление осталось практически полностью, за исключением отсутствия небольшой полоски хряща и кости в передних отделах (группа № 3).

При подготовке к повторной операции, учитывая данные о сильном кровотечении во время выполнения первой операции, исследованию гемостаза уделяли особое внимание. Отклонения от нормы выявлены у 4 (5%) больных, которым по рекомендации гематолога дополнительно вводились в предоперационном и в раннем послеоперационном периодах дицинон, свежезамороженная плазма, ингибиторы фибринолиза.

Пациентам группы № 1 проведена операция, при которой забирался фрагмент перегородочного скелета из глубоких отделов перегородки носа, используемый в дальнейшем для реконструкции каудального края. Фиксация данного фрагмента, после его моделирования, проводилась в созданный карман между медиальными ножками крыльчатых хрящей, при помощи швов. Больным группы № 2 операция выполнялась путём минимального эндоскопического вмешательства с применением эндоскопов фирмы «Karl Storz». Больным группы № 3 расслоение листков мукоперихондрия до границы сохранённого хряща проводили очень аккуратно, острым путём. В глубоких отделах операция проводилась по типичной методике септопластики. Коррекцию избытка мукоперихондрального лоскута проводили, применяя разработанный нами метод дополнительной шовной фиксации. Одномоментно с операцией на перегородке носа 11 (14%) больным была проведена коррекция внутриносовых структур. Следует особо подчеркнуть, что во время проведения повторных операций на перегородке носа не было ни одного случая обильного интраоперационного кровотечения.

Результаты. Оценка результатов эндоназальных хирургических вмешательств осуществлялась на основании клинических, эндоскопических и томографических данных. Больные отмечали как восстановление носового дыхания, так и хороший косметический результат лечения.

Выводы:

1. Комплекс традиционных диагностических мероприятий при подготовке к операциям на перегородке носа должен включать подробное исследование гемостаза.

2. Реперации на перегородке носа необходимо выполнять только в отделениях, оснащённых современным эндоскопическим и микрохирургическим оборудованием, где врачи в полном объёме владеют приёмами функциональной и эстетической ринопластики.

E-mail: vavin_slava@mail.ru

С.Д. Полякова, Е.А. Попова, Н.Н. Батенева, Я.П. Родинко

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ НА БАРОАККОМАДАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Институт последипломного медицинского образования Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Заболевания полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, приводящих к нарушению носового дыхания, являются одной из причин неудовлетворительной бароаккомодационной функции слуховой трубы, что препятствует её способности компенсировать надпороговые изменения внешнего давления.

Цель исследования: проследить связь изменения носовых структур и функционального состояния слуховых труб с риском разрыва барабанной перепонки при травме.

Материалы и методы. В сурдологическом отделении ВОКБ № 1 г. Воронежа за последние 5 лет обследовано и пролечено 216 больных с травматическими разрывами барабанной перепонки (ТРБП). В течение первой недели после травмы обратилось 137 (63,4%) больных, второй — 56 (26%), третьей недели — 23 (10,6%) пациентов. Всем больным проведена отомикроскопия, эндоскопия носа и носоглотки, исследование проходимости и дренажной функции слуховых труб.

Результаты. Патология носа и околоносовых пазух выявлена у 198 (91,6%) пациентов: искривление носовой перегородки имела место у 171 (86,4%) больных, из них у 134 (78,4%) — одностороннее, у 37 (21,6%) — двустороннее, гипертрофия носовых раковин — у 146 (73,7%), аллергический ринит — у 41 (20,7%), хронические синуситы — у 19 (9,6%), аденоиды носоглотки — у 6 (3%) пациентов. Сочетание искривления носовой перегородки с гипертрофией носовых раковин выявлено у 126 (63,6%) пациентов, с хроническим синуситом — у 15 (7,57%). У больных, имевших искривление носовой перегородки, ТРБП у 139 (81,3%) возникли на стороне девиации. Первая степень проходимости слуховой трубы имела место у 93 (43%) больных; вторая степень — у 97 (44,9%), и третья — 26 (12%) пациентов. Дренажная функция первой степени регистрировалась у 2 пациентов (1%); второй степени — у 189 (87,5%); третья степень — у 25 (11,6%). Отёк, застойная гиперемия слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы на стороне изменений носовых структур определялись у 176 (81,5%) пациентов.

Закрытие перфорации барабанной перепонки производилось амниотической плёнкой куриного яйца по модифицированной методике, предложенной Berthold. Всем больным с заболеваниями полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, проведено соответствующее лечение, направленное на санацию верхних дыхательных путей и восстановление носового дыхания. В дальнейшем пациенты наблюдались через 3 и 6 месяцев после окончания лечения.

Выводы:

1. Патология носа и околоносовых пазух выявлена у 198 (91,6%) пациентов с ТРБП.

2. У больных с искривлением носовой перегородки ТРБП в 81,3% случаев возникли на стороне девиации.

3. Для улучшения функционального состояния слуховой трубы пациентам с ТРБП рекомендуется санация верхних дыхательных путей и восстановление носового дыхания.

E-mail: rn3ot@vmail.ru

А.В. Саликов, А.В. Беседин, В.В. Черненко

О РОЛИ МИКОПЛАЗМЫ ПНЕВМОНИИ В РАЗВИТИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

За последнее время внутриклеточные возбудители приобретают особое значение в патологии лимфоаденоидного аппарата глотки у детей и связанных с этим заболеваний среднего уха. Повышенный интерес среди клиницистов вызывает микоплазма пневмонии — паразит, занимающий промежуточное положение между вирусами и бактериями, адаптированный к респираторному эпителию и персистирующий в слизистой оболочке дыхательного тракта (Л.М. Ковалева, 2008).

Цель исследования: оценить роль микоплазмы пневмонии в развитии экссудативного среднего отита (ЭСО) у детей с гипертрофией глоточной миндалины.

Материал и методы исследования. За период 2006–2009 г. обследовано и пролечено 94 ребёнка в возрасте от 3 до 14 лет с гипертрофией глоточной миндалины II и III степени, в 53 случаях был диагностирован ЭСО. Выделены две группы больных: 1 группа (41 ребёнок) — с гипертрофией глоточной миндалины и без ЭСО; 2 группа (53 ребёнка) — с гипертрофией глоточной миндалины и ЭСО.

Всем больным выполнена аденомотомия, для выявления внутриклеточной инфекции получали мазок-соскоб с поверхности удалённой ткани (методика браш-биопсии) с последующим вирусологическим исследованием методом иммунофлуоресцентного анализа. В качестве материала для исследования служили препараты, содержащие цилиндрический эпителий слизистой оболочки.

Результаты исследования. При вирусологическом исследовании в 1 группе у 27 (66) больных выявлена вирусная инфекция: аденовирус — у 22 (54) больных, вирус парагриппа 1, 2, и 3 типа — у 4 (10) больных, респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус) — у 1 (2) больного, вирусы гриппа А (H1N1, H3N2, H5N1) и вирус гриппа В ни у одного больного не обнаружены. Наличие микоплазмы пневмонии установлено у 9 (22) больных, причём у 7 (17) больных в слизистой оболочке глоточной миндалины отмечена одновременная персистенция микоплазменной и аденовирусной инфекции. У 12 больных (29) методом ИФА вирусной или микоплазменной инфекции не выявлено, из них в 3 (7) случаях в представленном материале клеток цилиндрического эпителия обнаружено не было. Во 2 группе вирусная инфекция обнаружена у 41 (77) ребёнка: у 25 (47) — аденовирус, у 12 (23) — вирус парагриппа 1, 2, и 3 типа, у 4 (7) — РС-вирус, вирусы гриппа А и В не выявлены. В 1 (2) случае в исследуемом материале обнаружена только микоплазма пневмонии, в 12 (23) случаях одновременно выявлены микоплазма и аденовирус, в 7 (13) случаях — микоплазма и вирусы парагриппа 1 и 2 типов. У 11 (21) больных вирусной или микоплазменной инфекции в представленном материале не обнаружено, из них у 3 (6) больных клеток эпителия не обнаружено.

Таким образом, в исследуемых группах у детей с сопутствующим ЭСО нами отмечено большее относительное число случаев персистенции в слизистой оболочке глоточной миндалины микоплазмы пневмонии (в 1 группе — 22, во 2 группе — 38) и вирусной инфекции в целом (в 1 группе — 66, во 2 группе — 77). По нашему мнению, вирус, попадая на слизистую оболочку глоточной миндалины, способствует угнетению специфических и неспецифических факторов иммунной защиты, чем создаёт благоприятные условия для проникновения микоплазмы пневмонии в организм. Неэффективность стандартной консервативной терапии у таких детей приводит к развитию затяжного вялотекущего хронического воспалительного процесса в ткани глоточной миндалины и длительной механической обструкции слуховой трубы, что проявляется развитием ЭСО у больного.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

А.И. Яшан*, В.В. Яцкив**, К.И. Нестерова***

ОБ ИССЛЕДОВАНИИ РИНОТУБАРНОГО ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ СРЕДНЕГО ОТИТА

*зав. каф. оториноларингологии Тернопольского гос. медицинского университета, г. Тернополь (Украина);

**областная клиническая больница, г. Черновцы (Украина);

***Омская гос. медицинская академия, г. Омск (Россия)

Основное значение для развития острого среднего отита имеет ринотубарный путь проникновения инфекции. Считается, что чаще гнойный средний отит возникает у лиц со сниженной иммунологической резистентностью на фоне острой или хронической патологии околоносовых пазух, носоглотки. Однако, как известно, показатели общего иммунитета в подавляющем большинстве случаев не отражают степень местных воспалительных реакций при гнойной инфекции уха, носоглотки, околоносовых пазух с достаточной достоверностью. А факторы местного иммунитета слизистых оболочек, напротив, имеют высокую степень корреляции с тяжестью клинических проявлений, а в ряде случаев имеют ещё и прогностическое значение. Если забор элюата из носа, пазух не представляет сложности, то работ по получению элюата из полости среднего уха при сохранной барабанной перепонке в литературных источниках нами не найдено. Справедливо полагать, что содержимое слуховых труб при тубарном пути развития отита будет идентично элюату барабанной полости. Перспективным представляется изучение иммунологических показателей, клеточного состава, спектрофотометрических данных тубарного элюата.

Цель: разработать, апробировать, стандартизировать метод забора элюата через устье слуховой трубы. Изучить иммуноцитоморфологические и спектрофотометрические показатели тубарного элюата в норме и при патологии среднего уха.

Метод. Для забора тубарного элюата была разработана полезная модель: на жёсткий катетер для катетеризации слуховых труб надевается переходник — резиновая трубочка длиной от 7 см, к которой с другой стороны герметично подсоединяется через канюлю от системы искусственной почки одноразовый шприц V = 2 млЗ. Проводится местная аппликационная анестезия слизистой оболочки полости носа и носоглотки, в носоглотку вводится описанная система, «клюв» катетера подводится к устью слуховой трубы по стандартной методике слепой катетеризации слуховых труб. При тактильном ощущении правильности нахождения катетера в устье слуховой трубы на себя оттягивается поршень шприца. Катетер выводится из носовой полости и поршнем шприца слизь выжимается в пробирку. Остаток слизи наносится на центр стекла, выполняется тонкий мазок, как для гематологического анализа. Применение такого диагностического алгоритма позволило формализовать забор тубарного содержимого.

В условиях ЛОР-центра Черновицкой областной клинической больницы проведено 12 исследований с применением вышеописанной методики. Во всех случаях получено содержимое, которое отправляли на дальнейшие исследования в различные лаборатории для более детального исследования механизма формирования патологии среднего уха.

E-mail: nesterov_ivan@mail.ru

Тезисы не рецензируются. Редакция журнала не несёт ответственность за достоверность представленных материалов.

Г.З. Пискунов, И.Л. Лазаревич

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ — СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Аллергия — иммунная реакция организма, сопровождающаяся повреждением собственных тканей. Аллергическая воспалительная реакция происходит из-за активации и взаимодействия различных мигрирующих клеток, таких как Т-клетки, В-клетки, тучные клетки, эозинофилы, а также резидентных клеток типа эпителиальных (Okuda M., 1989).

Каскад событий, ведущих к аллергической реакции, включает продукцию IgE, обнаружение IgE тучными клетками и базофилами вследствие высокого сродства с IgE рецепторами (FC_εRI) и последующее перекрёстное соединение связанного IgE-FC_εRI комплекса с поливалентным аллергеном, приводящее к выбросу воспалительных медиаторов. Поэтому носовая аллергическая реакция происходит из-за выброса и эффекта таких химических медиаторов, как гистамин, PGD₂ или лейкотриены, которые выделяются из активированных тучных клеток на поверхность слизистой оболочки носа. Чихание происходит из-за вызванного гистамином раздражения окончаний чувствительных нервов. Обструкция носа происходит из-за выброса медиаторов, которые стимулируют дилатацию кровеносных сосудов непосредственно, а также благодаря возбуждению нейронов.

IL-6, IL-8 и GM-CSF — три ключевых провоспалительных цитокина, которые существуют при различных воспалительных состояниях. IL-6 — цитокин, включаемый в индукцию синтеза IgE, а также в пролиферацию и созревание тучной клетки. IL-8 — один из нескольких хемокинов (Leonard E. et al., 1990), который стимулирует миграцию лейкоцитов и продукцию лейкотриена B₄. Он играет также важную роль в последней фазе аллергической реакции, стимулируя выброс гистамина. GM-CSF может играть роль фактора, стимулирующего колонии эозинофилов, которые накапливаются при аллергическом воспалении, астме, аллергическом рините (Vascom R. et al., 1988).

Местные аллергические реакции в слизистой оболочке носа, где разыгрывается иммунопатологический процесс, могут быть представлены реакцией гиперчувствительности немедленного и замедленного типа.

Реакция гиперчувствительности немедленного типа, проявляющаяся зудом, чиханием и водянистыми выделениями из носа, развивается в результате IgE-зависимой активации тучных клеток в слизистой оболочке носа. Тучные клетки (лаброциты) разбросаны среди клеточных элементов стромы, крупные, диаметром 15–20 мкм с овальным ядром, располагающимся в центре. В их цитоплазме содержится около 200 гранул. Клетки находятся на различных фазах своей секреторной деятельности и являются основным депо связанного гистамина, который участвует в воспалительных и аллергических реакциях в качестве медиатора, вызывая вазодилатацию и местный отёк, регулирует микроциркуляцию и гомеостаз. Освобождение гистамина происходит под влиянием определённых веществ, так называемых либераторов, к числу которых относится и комплекс «антиген–антитело». В гранулах тучных клеток содержатся медиаторы: гистамин, серотонин, протеазы, триптаза. В оболочке клеток содержатся лейкотриены B₄ и C₄ и простагландин D₂.

Ещё одним медиатором является фактор активации тромбоцитов (ФАТ).

Медиаторы оказывают сосудорасширяющее действие и повышают проницаемость сосудов, что приводит к набуханию носовых раковин, слизистой оболочки и обструкции полости носа. Усиление микроциркуляции приводит к усилению секреции и появлению обильных слизистых выделений из носа. Стимуляция афферентных нервных волокон вызывает зуд и чихание. Кроме того, афферентная стимуляция усиливает аксонный рефлекс с местным высвобождением нейропептидов (субстанция P), которые, в свою очередь, усиливают дегрануляцию тучных клеток.

Характерной особенностью аллергического воспаления является локальное скопление воспалительных клеток: Т-лимфоцитов, эозинофилов, базофилов, нейтрофилов. Эозинофилы выделяют различные положительно заряженные белки, которые оказывают токсическое влияние на эпителий дыхательных путей и провоцируют дальнейшую дегрануляцию лаброцитов. Основным лейкотриеном, секретируемым эозинофилами, является LTC₄, который усиливает ринорею и отёк слизистой оболочки полости носа. Цистеиновые лейкотриены LTC₄, LTD₄ и LTE₄ синтезируются из арахидоновой кислоты, содержащейся в мембранах клеток, при участии фермента 5-липоксигеназы, а также связанного с мембранами белка, активирующего 5-липоксигеназу. Они образуются из различных клеток, принимающих участие в воспалении: тучных клеток, базофилов, эозинофилов, макрофагов (Drazer J., Kreft A., 1987). Действие лейкотриенов опосредуется через рецепторы, соединённые с протеином G.

Цистеиновые лейкотриены способны повышать проницаемость сосудов микроциркуляции дыхательных путей. Они способствуют миграции эозинофилов (LTE₄). LTE₄ увеличивает также количество нейтрофилов, но не влияет на количество тучных клеток, лимфоцитов, макрофагов и плазматических клеток.

Активную роль в процессе воспаления принимают различные пептидные медиаторы (цитокины), которые выделяются Т-лимфоцитами, лаброцитами, базофилами, макрофагами и эпителиоцитами. Интерлейкин-4 (IL-4) вызывает переключение В-клеток на взаимодействие с IgE, повышает экспрессию молекул адгезии на эндотелии сосудов, что способствует селективному накоплению эозинофилов. IL-4 стимулирует созревание тучных клеток, а IL-5 вызывает дифференциацию и созревание эозинофилов из их костномозговых предшественников, высвобождение ими медиаторов и увеличение продолжительности жизни эозинофилов в тканях (Mackay J.S., 1989).

Выраженность иммуноморфологического ответа в слизистой оболочке носа зависит от химической структуры антигена, количественного соотношения между антигеном и антителами, уровня иммунологического ответа, индивидуальных особенностей организма (В.В. Серов, Ю.Н. Зубицкий, 1971; Bucur A., 1982; Harada T. et al., 1984).

В основе гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) лежат проявления клеточного иммунитета. При этом местная реакция в тканях сенсибилизированного организма возникает через 12 и более часов после повторного попадания в организм соответствующего антигена. Патологический процесс развивается медленно, столь же медленно подвергается обратному развитию и может продолжаться неделями, иногда месяцами и годами. Изменения микроциркуляторного русла в очаге воспаления выражены слабо, сегментоядерные гранулоциты отсутствуют, признаки воспаления выражены неотчётливо. Морфологические проявления в сосудах и строме слизистой оболочки представлены в основном плазморрагическими и пролиферативно-клеточными изменениями. Особое значение придается гнездым и диффузным лимфоцитарным инфильтратам, которые рассматриваются как аналоги гиперчувствительности замедленного типа (Я.Л. Рапопорт, 1957; Movat H., 1975). ГЗТ является характерной формой гиперчувствительности на различные вещества, выделенные из бактерий и вирусов (М.М. Авербах с соавт., 1974; Vassali P., McCluskey R., 1975).

Во многих случаях тяжёлая аллергическая ринита обусловлена сочетанием его с бронхиальной астмой. Так, среди больных с atopической формой астмы аллер-

гический ринит диагностируется примерно в 80% случаев (Mercer M., Varnie Kerk C., 1991), и, наоборот, у пациентов с изолированным аллергическим ринитом более чем в половине случаев позднее присоединяется бронхиальная астма (Brydon M., 1993). Поэтому лечение ринита является фактором профилактики бронхиальной астмы.

Аллергический ринит — это хроническое заболевание, развивающееся в результате воздействия аллергена на слизистую оболочку носа и последующего развития IgE-опосредованной воспалительной реакции. Типичные симптомы аллергического ринита описаны в 1929 г. и включают чихание, заложенность носа, слизистые выделения. Распространённость аллергического ринита значительно увеличилась за прошедшие 50 лет и на сегодняшний день представляет собой общемировую проблему. По самым консервативным оценкам, свыше 500 млн человек по всему миру страдает аллергическим ринитом.

Увеличение заболеваемости отмечается в большинстве стран и не зависит от возраста или этнической принадлежности. Аллергический ринит оказывает существенное влияние на многие аспекты социальной жизни, а также ведёт к экономическим потерям. Многие исследователи занимаются изучением проблемы аллергического ринита и бронхиальной астмы.

В журнале Allergy 2008: 63 (Suppl. 86: p. 8–160) опубликован обзор 2241 научной работы, посвящённой проблеме аллергического ринита и бронхиальной астмы. В анализе этих исследований приняли участие 96 экспертов из 96 стран. В этой работе проводится разносторонний анализ проблемы и даны рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. В ниже приведённом мы даём краткое содержание этих рекомендаций для информации и использования их в клинической практике. Некоторые положения этих рекомендаций носят констатирующий характер, возможно, отличающийся от наших представлений по изучаемой проблеме. Но мы должны знать международную позицию и прислушиваться к рекомендациям авторитетных учёных мира. Изучение нами этой проблемы улучшит наше понимание ситуации и будет способствовать сближению взглядов.

Классификация ринита, представленная группой экспертов.

Инфекционный: вирусный, бактериальный, другой инфекционной этиологии.

Аллергический: интермиттирующий, персистирующий.

Профессиональный: интермиттирующий, персистирующий.

Медикаментозный: аспириновый, вызванный другими препаратами.

Гормональный.

Другой этиологии: NARES, пищевой, нейрогенный, раздражающий контактный ринит, атрофический.

Идиопатический.

Дифференциальная диагностика аллергических ринитов производится с:

Риносинусит с или без полипоза.

Механические факторы: искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, гипертрофия аденоидов, анатомические особенности остеомеатального комплекса, инородное тело, атрезия хоан.

Опухоли: доброкачественные, злокачественные.

Гранулёмы: гранулематоз Вегенера, саркоид, инфекционные, злокачественные — срединная деструктивная гранулёма.

Цилиарные нарушения.

Цереброспинальная ринорея.

Классификация аллергического ринита.

Аллергический ринит подразделяют на «интермиттирующий» и «персистирующий», по тяжести течения — на «лёгкий», «среднетяжёлый» и «тяжёлый».

«Интермиттирующий» ринит. Симптомы присутствуют: менее 4 дней в неделю; менее 4 недель в году.

«Персистирующий» ринит. Симптомы присутствуют: более 4 дней в неделю; более 4 недель в году.

Ринит с «лёгким» течением. Симптомы не приводят к: нарушению сна, снижению повседневной активности,

снижению работоспособности и учебной успеваемости; симптомы не носят назойливый и мучительный характер.

Ринит со «среднетяжёлым» и «тяжёлым» течением. Заболевание протекает с: нарушением сна, снижением повседневной активности, снижением работоспособности и учебной успеваемости; симптомы носят назойливый и мучительный характер.

Симптомы аллергического ринита (ринорея, заложенность носа, зуд в носу и чихание) разрешаются либо спонтанно, либо в результате лечения.

Симптом «*post nasal drip*» может иметь место как при аллергическом рините, так и при хроническом риносинусите. У дошкольников может отмечаться только заложенность носа. Хотя, если заложенность носа является единственным симптомом, она крайне редко имеет аллергическую природу. Пациенты с неаллергическим ринитом могут иметь сходную клиническую картину.

Интерmittирующий и персистирующий аллергический ринит.

Ранее выделяли сезонный, круглогодичный и профессиональный аллергический ринит. В большинстве случаев причиной круглогодичного аллергического ринита были такие аллергены, как пылевой клещ, плесень, насекомые (аллерген таракана) и перхоть животных. Сезонный аллергический ринит обусловлен различными внешними аллергенами, такими как пыльца, плесень. Однако эта классификация не была достаточно подходящей, поскольку:

- в некоторых регионах пыльца и плесень являются круглогодичными аллергенами;
- симптомы круглогодичной аллергии могут не присутствовать круглый год;
- многие пациенты имеют сенсibilизацию к нескольким аллергенам;
- пациенты могут путешествовать и подвергаться воздействию аллергенов в различное время года;
- некоторые пациенты, сенсibilизированные только по отношению к одному виду пыльцы, имеют круглогодичные симптомы;
- неспецифические раздражители, такие как загрязнение воздуха, способны индуцировать появление симптомов или усиливать их.

Поэтому деление ринита на интерmittирующий и персистирующий является более корректным. При этом старые термины (круглогодичный, сезонный ринит) и новые (интерmittирующий, персистирующий) не взаимозаменяемы и не являются синонимами.

Тяжесть аллергического ринита.

Количественная оценка симптомов аллергического ринита затруднительна, так как в большой степени зависит от субъективного восприятия больного. Доказано, что помимо классических симптомов (чихание, ринорея, заложенность носа), пациентов могут беспокоить нарушение сна и эмоциональные проблемы, снижение активности. Ухудшение качества жизни отмечается как у взрослых, так и у детей.

Для объективной оценки тяжести аллергического ринита в клинической практике используют VAS (*visual analogue scales*) — визуальную аналоговую шкалу, а также исследуют степень обструкции (риноманометрия, акустическая ринометрия) и обоняние. В научных целях проводят провокационные тесты, определение уровня окиси азота, биопсию.

Инфекционный ринит.

Для инфекционного ринита обычно используют термин «риносинусит». Риносинусит — это воспалительный процесс в полости носа и одной или нескольких околоносовых пазухах. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух неразрывно связаны, поэтому чаще всего слизистая оболочка околоносовых пазух вовлекается в воспалительный процесс, начавшийся со слизистой оболочки носа. По этой причине в отношении инфекционного ринита наиболее корректным является термин «риносинусит».

Профессиональный ринит.

Причиной профессионального ринита являются находящиеся в воздухе соединения, которые провоцируют

раздражение или аллергическую реакцию со стороны слизистой оболочки носа. Такими агентами могут быть лабораторные животные (крысы, мыши, морские свинки), древесная пыль (в особенности твёрдых пород дерева, например, западного красного кедра), зерно (у пекарей и работников сельского хозяйства), химикаты, клей, растительные.

Медикаментозный ринит (индуцированный различными препаратами).

Медикаментозный ринит развивается у пациентов, длительно применяющих интраназальные сосудосуживающие препараты. В результате возникают вазодилатация, интраваскулярный отёк и обструкция носа. Патология физиология этого явления остается неясной. Лечение медикаментозного ринита требует отказа от топических деконгестантов.

Аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты могут быть причиной развития аспирина-индуцированной астмы и ринита. Установлено, что гиперчувствительность к аспирину чаще встречается среди больных аллергическим ринитом, чем среди здоровых лиц. Аспирин-индуцированная астма характеризуется следующими типичными симптомами: выраженное эозинофильное воспаление тканей носа и бронхов, в сочетании с гиперпродукцией цистеинил-лейкотриенов (CysLT) и других простагландинов. После приёма аспирина или других НПВС острый астматический приступ развивается в течение 3 ч и сопровождается профузной ринореей, инъекцией конъюнктивы глаз, периорбитальным отёком.

Известно, что некоторые другие препараты могут быть причиной ринологических симптомов: резерпин, фентоламин, метилдопа, антагонисты альфа-адренорецепторов, местные и пероральные офтальмологические препараты класса бета-блокаторов, хлорпромазин, оральные контрацептивы.

Гормональный ринит.

Изменения в слизистой оболочке носа отмечаются в пубертатном возрасте, во время беременности, в течение менструального цикла, а также при некоторых эндокринологических нарушениях (гипотиреозидизм, акромегалия). Гормональная перестройка может приводить к атрофическим изменениям слизистой оболочки носа в постменопаузе.

Ринологические симптомы, связанные с воздействием физических и химических факторов.

Физические и химические факторы могут провоцировать развитие симптомов, имитирующих ринит. К таким факторам относятся внезапные изменения температуры, хроническое воздействие холодного сухого воздуха и т.д. Особенно актуально действие этих факторов на профессиональных спортсменов (например, развитие ринита у пловцов, вдыхающих большое количество хлора во время тренировок).

NARES и эозинофильный ринит.

Персистирующий неаллергический ринит, сопровождающийся эозинофилией, включает 2 подгруппы: NARES и гиперчувствительность к аспирину. Клинически характеризуется назальной эозинофилией, персистирующими симптомами ринита (чихание, зуд, ринорея, иногда снижение обоняния) при отсутствии явной аллергии. Астма развивается редко, но у половины больных наблюдается неспецифическая гиперреактивность бронхов.

Атрофический ринит.

Первичный атрофический ринит характеризуется прогрессирующей атрофией слизистой оболочки носа и подлежащей кости. Возможной причиной атрофии является *Klebsiella Ozaenae*, хотя роль этого патогена не доказана. Причиной вторичного атрофического ринита может быть травма, радиация, гранулематоз, чрезмерное хирургическое вмешательство.

ФАКТОРЫ РИСКА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА.

Аллергены.

Аллергены — это антигены, способные вызывать сенсibilизацию организма, сопровождающуюся формированием специфических антител класса E. Источниками

аллергенов могут быть животные, насекомые, растения, грибы, производственные агенты. Чаще всего это протеины или гликопротеины, гораздо реже гликаны (как в случае *Candida Albicans*).

Номенклатура аллергенов унифицирована Номенклатурным субкомитетом ВОЗ по аллергенам. В названии аллергена входят первые три буквы рода, первая буква вида, арабская цифра обозначает порядок открытия разных видов. Например, *Der p 1: Dermatophagoides pteronyssinus*.

Аэро- (ингаляционные) аллергены.

Аэроаллергены делят на 3 группы:

- аэроаллергены жилищ (микрочлещи, домашние животные, насекомые, растения);
- аэроаллергены внешней среды (пыльца, плесень);
- профессиональные.

Считается, что аллергены внешней среды в большей степени предрасполагают к развитию сезонного ринита, чем бытовые, а аллергены жилищ больше ассоциируются с астмой и круглогодичным ринитом. Тем не менее, исследования, проведенные с учётом новой классификации ARIA, показали, что более 50% пациентов, имеющих сенсibilизацию к пыльцевым аллергенам, страдают персистирующим аллергическим ринитом, а большое число пациентов, имеющих сенсibilизацию к микрочлещам домашней пыли, страдают лёгкой формой интермиттирующего аллергического ринита.

Микрочлещи домашней пыли.

Микрочлещи домашней пыли составляют большую часть аллергенов домашней пыли. Большинство клещевых аллергенов оказывают прямое неспецифическое воздействие на респираторный эпителий путём активации ферментов.

Клещи питаются чешуйками слущенного эпителия человека, которого особенно много в матрацах, подушках, покрывалах, мягких игрушках. Аллерген клеща содержится в его экскрементах. Клещи максимально распространяются при температуре выше 20°C и относительной влажности 80%. Поэтому сенсibilизация к этому аллергену более значима в регионах с тёплым влажным климатом.

Пыльцевые аллергены.

Пыльца — это мужские половые клетки растений. Размеры пыльцы варьируют от 10 до 100 мкм. В зависимости от типа распространения, выделяют анемофильную (ветроопыляемую) и энтомофильную пыльцу. Анемофильная пыльца обладает большой летучестью и способна преодолевать расстояния в сотни километров. Энтомофильная пыльца переносится насекомыми во время опыления цветов. Часть пыльцевых частиц попадает в атмосферу и оказывает сенсibilизирующее действие. Некоторые виды пыльцы являются одновременно и анемофилами и энтомофилами. Чаще всего причиной аллергии становится пыльца луговых и злаковых трав, сорных трав (полынь, амброзия), деревьев (берёза, ясень, можжевельник, японский кедр).

Аллергены животных.

Аллергены находят в шерсти, слюнных, слюнных и перианальных железах, моче животных. Большое количество аллергенов собак и кошек присутствует в домашней пыли, обивке мебели. Главный кошачий аллерген *Fel d 1* имеет размер до 2,5 мкм и способен длительное время оставаться в воздухе, а также прилипнуть к одежде и выноситься за пределы помещения.

Также сенсibilизация может развиваться на аллергены грызунов (мыши, крысы, хомяки, морские свинки), между которыми обычно имеется перекрёстное реагирование.

Грибковые аллергены.

Грибковые аллергены распространены повсеместно, за исключением мест с низкими температурами, где рост грибов подавляется. Наибольший рост наблюдается в тёплых и влажных условиях.

Споры плесени имеют маленькие размеры (3–10 мкм) и глубоко проникают в респираторный тракт. Эти споры способны провоцировать как ринит, так и астму. По неизвестным причинам, дети чаще имеют сенсibilизацию к

плесневым грибам, чем взрослые. Различают 3 основных вида плесневых и дрожжевых грибов:

- атмосферная плесень (*Cladosporium, Alternaria*);
- домашняя плесень.

Микроскопические грибы способны продуцировать споры круглый год, являясь причиной персистирующего аллергического ринита. Они активно заселяют ванную комнату, кухни, системы теплоснабжения и кондиционирования. Плесневые грибы могут присутствовать на продуктах питания (*Penicillium, Aspergillus, Fusarium*, редко *Mucor*). Их роль в развитии аллергии определить трудно.

Насекомые.

Вдыхание продуктов жизнедеятельности насекомых способно вызвать иммунную реакцию и развитие аллергии. Аллерген тараканов образуется в желудочно-кишечном секрете и хитиновой оболочке. В некоторых регионах США и Юго-Восточной Азии аллергия к тараканам встречается чаще, чем к пыльце амброзии или микрочлещам домашней пыли.

Пищевая аллергия.

У детей до 6 месяцев большинство аллергических реакций возникает на молоко и сою. Более 50% младенцев с аллергией на коровье молоко страдают ринитом. Наиболее распространёнными продуктами, вызывающими аллергию у взрослых, являются арахис, рыба, яйца, молоко, соя, кунжут, сельдерей, яблоки, персики. Обнаружено перекрёстное реагирование между пищевыми и пыльцевыми аллергенами, например, между аллергеном берёзы и некоторыми фруктами (включая яблоки), а также овощами и орехами.

Профессиональные факторы.

К производственным факторам, способным индуцировать аллергический ринит и астму, относят: изоцианаты, древесную пыль, муку и зерно, ангидриды, лабораторных животных, насекомых, смолу, клей, латекс, соли металлов и т.д.

Поллютанты (загрязняющие вещества).

Основными атмосферными поллютантами являются выхлопные газы, летучие органические соединения, озон, окись азота, диоксид серы, а внутри помещений — табачный дым. Роль загрязняющих веществ в развитии аллергического ринита и астмы не определена. Результаты проведённых научных исследований непостоянны, порой противоречат друг другу.

МЕХАНИЗМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ.

IgE-зависимый механизм.

Аллергия развивается в результате длительной гиперпродукции IgE в ответ на действие аллергена. Образование IgE происходит в результате комплекса взаимодействия между B-клетками, T-клетками, тучными клетками и базофилами при участии IL-4, IL-13, IL-18, молекул адгезии. Аллерген-специфичный IgE фиксируется на мембране тучных клеток и базофилов. Накопление тучных клеток в слизистой оболочке дыхательных путей при аллергическом рините и астме является важным патофизиологическим моментом. В результате взаимодействия IgE и тучных клеток продуцируется множество медиаторов (гистамин, лейкотриен и др.). Непосредственное проявление аллергической реакции зависит от структуры органа-мишени: зуд, чихание, ринорея, чувство заложенности в носу; бронхokonстрикция, сокращение гладкой мускулатуры в лёгких. В позднюю фазу аллергической реакции в лёгких вовлечено большое количество различных клеток, включая T-клетки, тучные клетки, эозинофилы.

Большое значение имеет концепция о «минимальном персистирующем воспалении». Воздействие аллергенов варьируется в течение года. Есть периоды, когда это воздействие минимально. Несмотря на это, у больных аллергическим ринитом сохраняется воспаление полости носа, даже при отсутствии симптомов.

IgE-независимый механизм.

Аллергены, благодаря ферментативной протеолитической активности, могут напрямую активизировать эпителиальные клетки и приводить к Th2-иммунному ответу с высвобождением цитокинов и хемокинов. Результатом этих реакций может быть развитие IgE-независимого воспаления.

Клетки воспаления.

Исследования слизистой оболочки носа в период пыления показали увеличение числа клеток воспаления (эозинофилы, лангергансоподобные клетки, CD4, макрофаги, фибробласты, Т-клетки) и различных медиаторов (CysLT, ECP, периодически гистамин). В эпителии и подслизистом слое увеличивается количество тучных клеток, большинство из них дегранулированы.

Цистеновые лейкотриены (CysLT) — это семейство провоспалительных липидных медиаторов, которые синтезируют из арахидоновой кислоты различные клетки (тучные клетки, базофилы, макрофаги, эозинофилы). CysLT играют роль многофункциональных медиаторов при аллергическом рините.

Клеточный ответ включает:

- хемотаксис;
- локализацию клеток в различных участках слизистой оболочки носа;
- активацию и дифференцировку разных типов клеток, а также увеличение продолжительности их жизни;
- высвобождение медиаторов;
- местную и системную регуляцию синтеза IgE;
- взаимодействие с иммунной системой и костным мозгом.

В патогенезе воспалительных реакций также участвуют нейрогенные механизмы, роль которых пока не определена.

Назальная гиперреактивность и неспецифические триггеры.

Неспецифическая назальная гиперреактивность является важной особенностью аллергического и неаллергического ринита. Она характеризуется повышенным ответом на обычные стимулы, который проявляется чиханием, заложенностью носа и секрецией (либо различными комбинациями этих симптомов).

Триггером может служить воздействие:

- холодного воздуха;
- гистамина или метахолина;
- капсаicina;
- сильного запаха;
- дистиллированной воды;
- а также изменение положения тела, изменение температуры тела, потребление горячих напитков.

Значение аллергического ринита.

Аллергический ринит является глобальной проблемой здравоохранения. Чтобы оценить масштабы этой проблемы, необходимы эпидемиологические исследования. Проводимые национальные и международные исследования быстро расширяют наши знания о распространённости и возможных факторах риска аллергического ринита. Наиболее значимые из них:

National Health and Nutrition Examination Survey 2; ECRHS;

International Study on Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC);

Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults (SAPALDIA);

Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution, Climate and Pollen (SCARPOL).

Исследования ISAAC и ECRHS показали, что астма является распространённым заболеванием во многих странах. По их оценкам, астмой страдают более 300 млн людей по всему миру.

В США, Великобритании, Германии, Швейцарии, Финляндии распространённость ринита составляет 10–20%. По данным ISAAC (фаза 3), в большинстве стран увеличивается частота заболеваемости ринитом среди детей 6–7 лет. В возрастной группе 13–14 лет также отмечен рост заболеваемости. По консервативным оценкам, примерно 500 млн человек в мире имеют аллергический ринит:

- более 100 млн — в Европе и Северной Америке;
- более 150 млн — в Азиатско-Тихоокеанском регионе;
- более 100 млн — в Индии, Пакистане и ближайших странах;
- более 75 млн — в Центральной и Южной Америке;

более 30 млн — в Африке;

более 50 млн — в других странах.

Отмечается, что в странах, где распространённость аллергии и ринита высоки, показатели заболеваемости не меняются и не снижаются. В странах с низкой частотой встречаемости наблюдается значительный рост показателей.

Социально-экономический аспект.

Заболевание астмой и ринитом имеет существенное экономическое значение как для самого больного, так и для системы здравоохранения и общества в целом. Аллергический ринит влияет на социальную жизнь, работу, обучение, сон.

По последним оценкам, в США ежегодные затраты на аллергический ринит составляют от 2 до 5 млрд долларов. В 1991 г. в США количество пропущенных по причине аллергического ринита рабочих дней составило 811 000, школьных дней — 824 000, дней с пониженной трудоспособностью — 4 230 000. В Германии примерные ежегодные траты на сезонный аллергический ринит составляют 1 089 евро на одного ребёнка/подростка, 1 543 евро — на взрослого. В Анкаре (Турция) во время сезона пыления затраты составляют 80\$ на человека при отсутствии сопутствующих заболеваний и 140\$, если есть астма и/или конъюнктивит.

Диагноз.

Диагностика аллергического ринита базируется на данных анамнеза и диагностических тестов.

Анамнез — основа точной диагностики ринита. Основными жалобами являются чихание, ринорея и двусторонняя заложенность носа. Также может присутствовать:

- гипосмия или anosmia;
- храп, нарушение сна;
- симптом «*post nasal drip*» или хронический кашель (особенно, если есть хронический риносинусит);
- эффект седации;
- большинство пациентов с поллинозом имеют офтальмологические симптомы.

Всем пациентам требуется ринологическое обследование (передняя риноскопия и эндоскопия полости носа).

Кожные тесты.

Для выявления IgE-зависимой аллергической реакции широко используются кожные пробы с реакцией гиперчувствительности немедленного типа. Они представляют наибольшее диагностическое значение. Если проба поставлена правильно, её результат является доказательством специфической аллергии. Выполнение пробы требует профессионализма, поскольку существует много сложностей в постановке и интерпретации результатов.

Виды кожных тестов:

- скарификационный тест;
- прик-тест;
- интрадермальный тест;
- прик-прик-тест;
- аппликационный тест.

Каждый кожный тест проводится при наличии отрицательного и положительного контроля для оценки неспецифической реактивности кожи.

Кожные тесты с рекомбинантными аллергенами появились с 90-х гг. прошлого столетия для пыльцы, плесени, микроклещей, латекса. Ценность тестов с нативными и рекомбинантными аллергенами одинакова, если рекомбинантный аллерген идентичен натуральному (представляет все или большинство эпитопов натурального аллергена). Рекомбинантные аллергены используют для диагностики пищевой аллергии к яблокам, сельдерею, арахису, вишне.

Критерии позитивности.

Кожные тесты оценивают на пике их реакции, приблизительно через 15 мин после постановки пробы. Точное значение поздней фазы неизвестно. Кожная реакция зависит от группы факторов, которые могут менять характеристики кожного теста:

- качество аллергенного экстракта;
- возраст;
- сезонные изменения. Кожная чувствительность увеличивается после сезона пыления и затем умень-

шается до следующего сезона. Этот эффект имеет некоторое значение у пациентов с низкой чувствительностью и/или сенсibilизированных к некоторым аллергенам (например, к пыльце кипариса); лекарственные препараты. Некоторые лекарственные препараты оказывают влияние на кожные тесты. Это влияние особенно важно для оральных H1-антигистаминных препаратов. Поэтому необходимо уточнять у пациента, какие лекарства он принимает.

Интерпретация результатов.

Правильно выполненная и интерпретированная кожная проба, с использованием достаточного набора качественных аллергенных вакцин — простой, безболезненный и высокоэффективный метод. Поэтому кожные тесты — важнейший способ диагностики аллергических заболеваний.

Причины ложноположительных тестов:

- дермографизм;
- реакция «раздражения»;
- неспецифическое усиление соседней реакции.

Причины ложноотрицательных тестов:

- слабый экстракт аллергена;
- изменение аллергической реакции лекарственным препаратом;
- заболевания, уменьшающие кожный ответ;
- неправильная техника.

И ложноотрицательные, и ложноположительные тесты могут быть следствием неподходящей техники и материала.

Открытие в 1967 г. IgE явилось важнейшим успехом в понимании и диагностике аллергических болезней.

Общий IgE.

В норме уровень IgE увеличивается с рождения до подросткового возраста и затем медленно устанавливается на постоянном уровне к 20–30 годам. У взрослого человека норма IgE 100–150 КУ/л. Аллергические и паразитарные заболевания приводят к повышению уровня IgE в сыворотке крови. Таким образом, для скрининга и постановки диагноза аллергического заболевания определение общего уровня IgE применяться не должно.

Аллерген-специфический IgE.

Определение аллерген-специфического IgE в сыворотке крови имеет большое диагностическое значение. Первой техникой измерения специфического IgE был радиоаллергосорбентный тест (РАСТ). Новые технологии используют меченые ферменты антител к IgE. По возможности, необходимо использовать только стандартизированные экстракты аллергенов.

В отличие от кожных тестов, на результаты анализа IgE не влияет приём лекарственных препаратов, кожные заболевания.

Тест считают положительным при уровне IgE выше 0,35 КУ/л. Однако, у некоторых сенсibilизированных пациентов уровень IgE ниже этого значения. В таком случае более чувствителен кожный прик-тест. Уровень аллерген-специфического IgE, при котором большинство пациентов имеют симптомы аллергии, точно не определён.

Исследование аллерген-специфического IgE с помощью новой микротехники позволяет определять специфический аллергенный протеин, а также анализировать различные эпитопы. Эта техника применяется для определения аэро- и пищевых аллергенов. Данный метод пока используют только в научных целях, но он имеет большой потенциал для аллергодиагностики в будущем.

Назо-специфичный IgE.

Предположительно, у некоторых пациентов может иметь место локальная аллергическая реакция без системного высвобождения IgE. Точного подтверждения этой концепции нет, поэтому измерение IgE в назальном секрете не проводится.

Назальные провокационные тесты могут проводиться:

- для диагностики профессионального аллергического ринита;
- в научных целях;
- очень редко перед началом иммунотерапии аллергического ринита;

- для тестирования неспецифической гиперреактивности в научных исследованиях.
- Также в научных целях проводят:
- измерение окиси азота;
- измерение медиаторов, высвобождаемых в результате аллергической реакции (гистамин, кинины, триптаза);
- цитологические и гистологические исследования.

Лечение.

Лечение аллергического ринита должно осуществляться по трём особенным направлениям: устранение аллергена, медикаментозная и иммунотерапия.

Устранение аллергенов. В индустриальных странах человек большую часть времени проводит в помещении, а в окружающей его среде содержатся различные аллергены, которые могут вызвать развитие ринита. За последние 30 лет в большинстве стран состав окружающей среды (аллергические и неаллергические компоненты) помещений и вне их существенно изменился, а риск аллергических заболеваний повысился. В странах с умеренным климатом стремление к экономии энергии сопровождалось строительством домов с плохой естественной вентиляцией, что приводило к увеличению числа домашних клещей в квартирах.

По возможности во всех случаях необходимо принимать меры по контролю окружающей среды в помещениях (даже при отсутствии полного эффекта), так как они могут улучшить состояние больного и уменьшить необходимость в применении лекарственных средств. Следует учитывать, что после удаления источника аллергена (например домашнего животного) эффект может проявиться лишь через несколько недель или месяцев. Устранить клещей можно путём уменьшения количества домашней пыли, снижения влажности помещений, применения акарицидов и использования покрытий, не содержащих клещей.

Значительно труднее уменьшить воздействие пылицы растений и других аллергенов внешней среды.

Уменьшение контакта с пылью:

- изучать прогнозы относительно времени цветения растений;
- избегать регионов, где в воздухе содержится большое количество пылицы;
- оставаться дома в течение периода цветения растений;
- плотно закрывать окна и двери;
- использовать эффективные фильтры в автомобилях;
- носить очки на улице.

Меры, направленные на уменьшение числа домашних клещей.

Спальня:

- использовать покрытия для матрасов, одеял и подушек, не проницаемые для аллергенов;
- тщательно пылесосить матрасы, подушки, пространство вокруг изголовья кровати и пол каждую неделю;
- заменить пуховые подушки, одеяла и шерстяные пледы синтетическими;
- стирать их каждую неделю при температуре 60°C;
- по возможности убрать ковры;
- каждую неделю протирать влажной тряпкой все поверхности, в том числе подоконники и верхнюю часть шкафов;
- повесить хлопчатобумажные занавески и часто стирать их;
- использовать пылесос с одноразовыми бумажными пакетами и фильтрами или пылесос с резервуаром для воды. Надевать маску во время уборки. Желательно, чтобы уборку проводил другой человек;
- применять химические средства (акарициды), уничтожающие клещей.

Другие помещения:

- особое внимание уделять уборке мебели, обитой тканями. Пылесосить по крайней мере два раза в неделю, в том числе ручки и спинки стульев, подголовники.

Препараты, применяемые для лечения аллергического ринита

Название препарата	Генерическое название	Механизм действия	Побочные эффекты	Комментарии
Пероральные H1-антигистаминные препараты	Второе поколение: Аквивастин Азеластин Цетиризин Дезлоратадин Эбастин Фексофенадин Левосетиризин Лоратадин Меквитазин Мизоластин Рупатадин Первое поколение: Хлорфенирамин Клемастин Диметиндин малеат Гидроксизин Кетотифен Оксатомин	Блокада H1-рецепторов; некоторая антиаллергическая активность; препараты нового поколения могут применяться один раз в день; нет явления тахифилаксии	Новое поколение: отсутствие седативного эффекта у большинства препаратов; отсутствие антихолинергического, кардиотоксического эффектов. Старое поколение: седативный и/или антихолинергический эффект	Новое поколение: наилучшее соотношение эффективности и безопасности, быстрое начало действия на назальные и глазные симптомы (< 1 ч), умеренный эффект на заложенность носа
Местные H1-антигистаминные препараты (интраназальные, глазные)	Азеластин Левакабастин Олопатадин	Блокада H1-рецепторов; некоторая противоаллергическая активность у азеластина	Незначительные побочные эффекты у азеластина — горький привкус	Быстрое начало действия на глазные и назальные симптомы
Интраназальные кортикостероиды	Бекламетазон дипропионат Будесонид Циклесонид Флунизолид Флутиказон пропионат Флутиказон фуроат Мометазон фуроат Триамциолон ацетонид	Значительное уменьшение назального воспаления; снижение назальной гиперреактивности	Широкие границы для системных эффектов; минимальные местные побочные эффекты	Наиболее эффективная фармакотерапия аллергического ринита; максимальный эффект наблюдается спустя несколько дней
Антагонисты лейкотриена	Монтелукаст Пранлукаст Зафирлукаст	Блокада CysLT рецепторов	Превосходная переносимость	Эффективность при заложенности носа, снижении обоняния; эффективны при рините и астме, всех назальных и глазных симптомах
Местные кромоны (интраназальные, интраокулярные)	Кромогликат Недокромил	Механизм действия плохо изучен	Небольшие местные побочные эффекты	Интраокулярные кромоны более эффективны, чем назальные; хороший профиль безопасности
Оральные деконгестанты	Эфедрин Фенилэфрин Фенил пропаноламин Псевдоэфедрин Комбинированные	Симпатомиметики; уменьшают отёк в полости носа	Гипертензия; сердцебиение; беспокойство; тремор; бессонница; головная боль; сухость слизистых; задержка мочи; обострение глаукомы, тиреотоксикоза	Применять с осторожностью при заболеваниях сердца
Интраназальные деконгестанты	Оксиметазолин Ксилометазолин Другие	Симпатомиметики; уменьшают заложенность носа	Побочные эффекты менее интенсивны, чем у пероральных препаратов; Медикаментозный ринит	Действуют быстрее и эффективнее, чем пероральные формы; продолжительность лечения — не более 10 дней
Пероральные/ВМ глюкокортикостероиды	Дексаметазон Гидрокортизон Метилпреднизолон Преднизолон Преднизон Триамцинолон	Уменьшают воспаление, назальную гиперреактивность	Системный эффект; при инъекциях возможно местная тканевая атрофия	По возможности, необходимо заменить интраназальными формами; могут применяться короткими курсами при среднетяжёлых/тяжёлых симптомах
Интраназальные антихолинергические препараты	Ипратропий	Блокада ринореи — антихолинергический механизм	Минимальные местные побочные эффекты; отсутствие системной антихолинергической активности	Эффективны при ринорее аллергической и неаллергической природы

Дети:

- во время уборки больные дети должны находиться вне помещения и возвратиться туда не ранее чем через 2 ч;

- дети не должны спать с меховыми игрушками в кровати. Игрушки необходимо пылесосить, подвергать химической чистке или класть в морозильник (-20°C) на ночь, чтобы уменьшить число клещей.

Домашние животные:

- по возможности удалите домашних животных;
- не заводите новых животных;

- домашние животные не должны никогда находиться в спальне. При наличии случаев аллергических заболеваний в семье нежелательно заводить животных и птиц, так как со временем может развиться гиперчувствительность (признаки которой отсутствовали при первом контакте);
- регулярно мойте животное.

Лечение аллергического ринита включает:

- обучение пациентов;
- фармакотерапию;
- аллерген-специфическую иммунотерапию.

Преимущества и недостатки интраназальных форм препаратов.

Преимущества:

- прямое действие на орган-мишень;
- минимизация системного эффекта;
- быстрое начало действия;
- лучшая абсорбция по сравнению с пероральным приёмом (например, у кромонов).

Недостатки:

- развитие местных побочных эффектов у некоторых больных (образование корок, кровоточивость);
- многие пациенты с аллергическим ринитом имеют конъюнктивит и/или астму;
- риск развития медикаментозного ринита (для интраназальных вазоконстрикторов);
- интраназальное введение невозможно при полной обтурации носовых ходов;
- пациенты могут отдавать предпочтение оральным формам препаратов, особенно, если у них имеется сопутствующая патология.

Специфическая иммунотерапия.

Иммунотерапия введена в 1911 г. Noon и Freeman для лечения «поллиноза» или аллергического ринита. Применение иммунотерапии в лечении астмы и аллергического ринита клинически эффективно, улучшает качество жизни пациента и может предотвращать прогрессирование аллергического заболевания. Иммунотерапия может проводиться в виде подкожных инъекций, сублингвально, интраназально. Подкожная иммунотерапия эффективна при лечении поллиноза и клещевой аллергии у взрослых и детей. Однако имеется риск развития опасных для жизни побочных эффектов. Сублингвальная терапия рекомендуется для лечения поллинозов у взрослых, также может применяться при клещевой аллергии. Интраназальная иммунотерапия может применяться в терапии поллиноза.

Показания к подкожной иммунотерапии:

- пациенты с симптомами, обусловленными преимущественным воздействием аллергенов;
- пациенты с ринитом и симптомами со стороны нижних дыхательных путей, которые появляются на пике воздействия аллергена;
- пациенты, у которых терапия антигистаминными препаратами и средними дозами топических глюкокортикостероидов недостаточна для контроля симптомов;
- пациенты, отказывающиеся от постоянной фармакотерапии;
- пациенты, у которых фармакотерапия вызывает нежелательные побочные эффекты.

Показания и противопоказания к подкожной аллерген-специфической терапии одинаковы для взрослых и детей старше 5 лет. У детей младше 5 лет подкожная иммунотерапия обычно не рекомендуется. Предварительные исследования у детей дошкольного возраста показали безопасность сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ). Однако необходимо дальнейшее изучение эффективности такого лечения. Возможно, у маленьких детей СЛИТ поможет предотвратить развитие астмы в будущем.

Показания к сублингвальной иммунотерапии:

- пациенты с поллинозом и клещевой аллергией, страдающие ринитом, конъюнктивитом и/или астмой;
- пациенты, которым недостаточно обычной фармакотерапии для контроля симптомов;
- пациенты, у которых имелись системные реакции при проведении инъекционной иммунотерапии;
- пациенты, отказывающиеся от инъекций.

Противопоказания к иммунотерапии:

- лечение бета-блокаторами;
- иммунологические заболевания;
- психологические особенности пациента;
- беременность.

Хирургическое лечение ринита.

Оперативное лечение не является самостоятельным методом терапии аллергического ринита и применяется только по показаниям. Нейрэктомия видиева нерва не показана при аллергическом рините, так как существует терапевтическое лечение.

Показания к хирургическому вмешательству:

- фармако-резистентная гипертрофия нижних носовых раковин;
- функционально значимое искривление носовой перегородки;
- функционально-эстетически значимое анатомическое изменение костной пирамиды;
- хронический синусит (вторичный или развившийся самостоятельно);
- различные формы одностороннего полипоза (хоанальный полип, одиночный полип или аллергический грибковый синусит) или фармако-резистентный двусторонний полипоз;
- грибковое поражение пазухи (мицетома, инвазивная форма) или другие заболевания, не связанные с аллергией (ликворея, опухоли, болезнь Вегенера).

Лечение ринита в развивающихся странах.

Рациональный выбор терапии должен быть основан на:

- уровне эффективности;
- низкой стоимости препаратов;
- включении препаратов в перечень разрешённых по рекомендации ВОЗ.

Предлагается ступенчатый подход к лечению:

Лёгкий интермиттирующий ринит:

- пероральные антигистаминные препараты.

Среднетяжёлый/тяжёлый интермиттирующий ринит: интраназальные глюкокортикостероиды (в дозе, эквивалентной 300–400 мкг бекламетазона в день).

При необходимости через неделю можно добавить:

- пероральные антигистаминные препараты и/или
- пероральные глюкокортикостероиды

Лёгкий персистирующий ринит:

- пероральные антигистаминные препараты или
- низкие дозы интраназальных кортикостероидов.

Среднетяжёлый/тяжёлый персистирующий ринит:

- высокие дозы интраназальных кортикостероидов (эквивалентно 300–400 мкг бекламетазона).

Если симптомы тяжелые, в начале лечения добавляются:

- пероральные антигистаминные препараты и/или
- пероральные кортикостероиды.

Взаимосвязь аллергического ринита и астмы.

Полость носа и околоносовые пазухи — важная составная часть респираторного тракта. Между слизистой оболочкой носа и бронхов существует сходство. Поэтому одной из наиболее важных концепций взаимодействия между полостью носа и лёгкими является функциональная комплементарность. Большинство пациентов с астмой страдают ринитом, подтверждая концепцию «одни дыхательные пути — одна болезнь». Наличие аллергического ринита обычно осложняет течение астмы, увеличивает риск астматических приступов, госпитализаций. Тем не менее, между ринитом и астмой существуют различия. Не все больные ринитом страдают астмой. Ринит может быть связан с неспецифической гиперреактивностью бронхов. Аллергический и неаллергический ринит являются факторами риска бронхиальной астмы. В большинстве случаев обострения астмы связаны с вирусной инфекцией в полости носа.

Среди лиц, не страдающих ринитом, распространённость астмы обычно < 2%. Распространённость астмы среди больных ринитом варьируется от 10% до 40%. Астма чаще сопутствует больным с персистирующей и/или среднетяжёлой/тяжёлой формой ринита.

И ринит и астма влияют на качество жизни больных. При этом у астматиков страдает физический компонент качества жизни, а у больных ринитом — социальный

1–5 июля 2009 г.

XIX Международный конгресс оториноларингологов. Бразилия, Сан-Пауло. WWW.INFOSSAOPAU-LO2009.COM

Дата и место конференции будут уточняться.

Первая международная конференция Европейской академии оториноларингология-хирургия головы и шеи, EAORL-HNS. Президент конгресса Karl Horman. Тел. ++49/(0) 621 383 1600. E-mail: karl.hoermann@hno.ma.uni-heidelberg.de; WWW.EAORL-HNS.ORG

10-11 ноября 2009 г.

VIII Всероссийский конгресс оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии» г. Москва
Адрес: Российская академия государственной службы при Президенте РФ (просп. Вернадского, д. 84) E-mail: conf-lor@mail.ru.

17–21 июня 2012 г.

24-й Конгресс Европейского общества Ринологов, 31-й I.S.I.A.N. Тулуза, Франция. Руководитель (председатель): E. Serrano Отделение: Оториноларингологии, Хирургии головы и шеи Адрес: 5, Rue Saint Pantaleon- BP 61508, 31015 Toulouse cedex 6, France Телефон: +33-5-34-452645 Факс: +33-5-34-452646 E-mail: registers@europe-organisation.com. Информация: Европейская организация

20–26 июня 2010 г.

23-й Конгресс Европейского общества Ринологов, 29-й I.S.I.A.N. Женева, Швейцария Руководитель: J.S. Lacroix, MD, PhD E-mail: ers-isian.gva10@kuoni.ch. Website: www.ers-isian-gva10.com. Информация: Kuoni Destination Management Geneva Business Center Avenue des Morgines 12 CH-1213 Petit-Lancy Switzerland. Проводится под эгидой европейского общества ринологов.

14–18 июня 2014 г.

25-й Конгресс Европейского общества Ринологов, 33-й I.S.I.A.N. Амстердам, Голландия Руководитель (председатель): Prof. dr. W.J. Fokkens Отделение: Оториноларингологии Адрес: Academic Medical Centre of the University of Amsterdam, the Netherlands Телефон: +31-20-566 8586 Факс: +31-20-566 9573 E-mail: m.b.vanhuiden@amc.uva.nl. Информация: Mrs. M.B. van Huiden

Ф. СП-1

Министерство связи РФ, ГПС «Моспочтамт»

АБОНЕМЕНТ на журнал

82694

(индекс издания)

Российская Ринология

(наименование издания)

Количество комплектов

1

на 2009 г.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда:

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому:

(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал

82694

(индекс издания)

ПВ место литер

Российская Ринология

(наименование издания)

Стоимость подписки

_____ руб. _____ коп.

Количество комплектов

1

на 2009 г.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда:

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому:

(фамилия, инициалы)