

Б.А. Абдулаев

МИКРОФЛОРА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТЕ.

Российская медицинская академия последипломного образования.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, микрофлора, верхнечелюстная пазуха.

С целью совершенствования метода антибактериальной терапии, выбора антибиотика для периперационной антибиотикопрофилактики нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить микробиологическую характеристику отделяемого из верхнечелюстной пазухи у больных с впервые выявленным полипозным риносинуситом.
2. Дать рекомендации по подбору антибиотика для периперационной антибиотикопрофилактики.

Материал и метод. Были обследованы 160 больных впервые выявленным полипозным риносинуситом. Эти больные впервые обратились за медицинской помощью.

Полученный результат. В большинстве случаев в пазухах обнаруживали слизистое отделяемое (в 132 случаях из 160). Как правило, слизь была густой, с затруднением удалялась из полостей. В 16 случаях было обнаружено визуально гнойное отделяемое, в 2 случаях мицетома.

Выводы:

Бактериологическое исследование показало, что основным микроорганизмами в верхнечелюстной пазухе были стафилококки 62%. Почти во всех случаях монокультуры и микробные ассоциации высокочувствительны к препаратам фторхинолонового и цефалоспоринового рядов. Менее выражена чувствительность к препаратам пенициллинового ряда, доксациклинового ряда и макролидам.

Пискунов И.С., Мезенцева О.Ю., Воробьева А.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ РЕШЕТЧТОЙ КОСТИ И РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА

Ключевые слова: решетчатый лабиринт, синусит, этмоидит.

Keywords: ethmoidal labyrinth, sinusitis, ethmoiditis.

Материалы и методы: Из архива БМУ «Курская областная клиническая больница» за период 2008-2010 года были отобраны компьютерные томограммы 869 больных с воспалительными поражениями околоносовых пазух. Затем из этой группы случаев были отобраны больные с различными формами этмоидита в сочетании с заболеваниями других околоносовых пазух.

Результаты: Из 869 больных с диагнозом синусит у 559 (64,3%) были поражены клетки решетчатого лабиринта. Изолированный этмоидит наблюдался у 142 (16,4%) больных от общего числа больных синуситом, тогда как сочетанное поражение клеток решетчатого лабиринта с поражением других околоносовых пазух составило 417 (47,9%). Наиболее часто вовлекаемой в воспалительный процесс пазухой при этмоидите является верхнечелюстная: 215 (24,7%) при двухстороннем и 85 (9,7%) при одностороннем этмоидите. В ходе анализа частоты встречаемости синусита без вовлечения решетчатого лабиринта было так же выявлено преобладание воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе 110 (12,65%) при одностороннем и 56 (6,4%) при двухстороннем процессе. При анализе характера поражения клеток решетчатого лабиринта были получены следующие данные: передний этмоидит – 267 (47,8%), задний этмоидит – 38 (6,8%), тотальный этмоидит – 39 (7%), «мозаичный» этмоидит – 190 (33,9%),

изолированное воспаление клетки – 25 (4,5%). При переднем и заднем этмоидите в структуре решетчатой кости преобладают перегородки первого порядка, образуя тем самым клетки более крупного размера и правильной формы - 77,5% и 76,5% соответственно (рис.2). При «мозаичной» форме этмоидита процесс чаще локализуется в мелких клетках, а в строении решетчатого лабиринта преобладают перегородки 2 и 3 порядка, образуя клетки неправильной формы 77,8%.

Выводы:

1. Из всех околоносовых пазух решетчатый лабиринт чаще всего вовлекается в воспалительный процесс.
2. При возникновении двухстороннего воспалительного процесса в клетках решетчатого лабиринта наиболее часто встречается двухсторонний процесс в верхнечелюстной и клиновидной пазухе. При одностороннем этмоидите возможно поражение, как околоносовой пазухи одноименной стороны, так и противоположной, что может указывать на наличие других факторов в развитии данного патологического процесса, таких как анатомические аномалии полости носа.
3. При наличии прямоугольной формы строения решетчатого лабиринта с крупными клетками и преобладанием перегородок 1 порядка более вероятно развитие переднего или заднего этмоидита, тогда как при преобладании мелких клеток в структуре решетчатой кости, с перегородками 2 и 3 порядка с большей долей вероятности возникает «мозаичный» этмоидит.

В.С.Пискунов, Н.А.Никитин, А.М.Лисицына

МЕТОД ПЛАСТИКИ ЛИКВОРНЫХ ФИСТУЛ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

Ключевые слова: назальная ликворея, пластика ликворного свища, клиновидная пазуха.

Key words: nasal liquorrhea, plastics of liquor fistula, sphenoid sinus.

Истечение ликвора через клиновидную пазуху является наиболее сложным вариантом назальной ликвореи, трудно поддающейся хирургическому лечению. Авторами разработана методика пластического закрытия ликворных фистул клиновидной пазухи с использованием слизистой оболочки средней носовой раковины, усовершенствована методика фиксации перемещенного в клиновидную пазуху лоскута. Подробно описана методика пластики ликворных фистул, локализующихся в клиновидной пазухе с использованием средней носовой раковины, основы послеоперационного ухода за больными с назальной ликвореей с использованием разработанного метода прооперирована 3 больных (женщины в возрасте от 45 до 58 лет) со спонтанной назальной ликвореей через клиновидную пазуху. Получен устойчивый положительный результат.

Дорохов П. С., Капитанов Д. Н., Бочаров А. В., Бухарин Е. Ю., Арустамян С.Р., Нерсесян М. В., Микеладзе К.Г., Яковлев С. Б.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОФУЗНЫХ КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕТВЕЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.

ФГБУ «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» РАМН

Ключевые слова: носовые кровотечения, эмболизация, Рендю-Ослера, гемангиома, опухоли, травма

Цель работы: Оптимизация тактики эндоваскулярного лечения больных с профузными краниофациальными кровотечениями в зависимости от клинико-анатомических форм заболеваний.

Материалы и методы: За период с 1988 по декабрь 2011 включительно, обследовано и прооперировано 126 больных (89 мужчин, 37 женщин), с профузными краниофациальными кровотечениями (ПКК) из бассейна наружной сонной артерии (НСА). Эмболизация была проведена у 26 больных с идиопатическими ПКК (ИК), болезнь

Рендю-Ослера (БРО) – 18, травматические (ТК) – 22 (из них в 3 случаях с образованием ложной аневризмы НСА), опухоли назофарингеальной области – 33, краниофациальные ангиодисплазии и гемангиомы (КФАД) – 27. Всем больным проводились селективная и суперселективная эмболизации. Результаты: Показатель тотального и субтотального выключения патологических сосудов составил у больных с ИК – 22/3, ТК – 18/2, БРО – 5/8, опухоли – 17/7, КФАД – 8/7. Интраоперационные осложнения после проведения эмболизации развились у 5 больных (7,1%). У 3 больных – тромбоз средней мозговой артерии, у 1 – ишемия мягких тканей лица. Умерла 1 больная от острой ишемии головного мозга (1,2%).

Выводы: Эндоваскулярная эмболизация является относительно безопасным и высокоэффективным методом остановки ПМК, обусловленных патологией НСА.

Н.Я. Горносталев, А.В. Курлова, И.Б. Анготоева

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ МАРЛЕВОЙ ТАМПОНАДЫ И ПНЕВМАТИЧЕСКИХ ТАМПОНОВ «ЭПИСТОП-3» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Ключевые слова: носовое кровотечение, тампонада носа, С-реактивный белок.

Key words: epistaxis, nasal packing, C-reactive protein.

Авторами проведено проспективное сравнительное исследование эффективности и безопасности двух механических способов остановки носового кровотечения. Материал и методы: обследовано 96 больных с НК на фоне артериальной гипертензии. 48 больным остановка НК осуществлялась при помощи трехбаллонного силиконового катетера «Эпистоп-3», 48 – марлевой тампонадой. Состояние полости носа оценивалось в день удаления тампонады и в последующие 3 дня методом эндоскопии и определения времени мукоцилиарного транспорта. Учитывалась субъективная оценка пациентом качества жизни. Оценивалась воспалительная реакция слизистой оболочки полости носа на тампонаду с помощью измерения уровня С-реактивного белка в плазме крови. Результаты: в группе «Эпистоп» состояние слизистой оболочки полости носа после удаления тампона было достоверно лучше, в меньшей степени страдала функция мерцательного эпителия и качество жизни больного ($p < 0,05$). Была менее выражена воспалительная реакция. Выводы: Устройство хорошо переносится пациентами и в меньшей степени травмирует слизистую оболочку полости носа, чем марлевая тампонада.

В.С. Пискунов, Н.А. Никитин

МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ

Ключевые слова: назальная ликворея, минерализованный кальций, паратиреоидный гормон, кортизол, дегидроэпиандростерон-сульфат.

Авторами у больных со спонтанной назальной ликвореей изучены некоторые особенности метаболизма костной ткани, определено содержание уровня минерализованного кальция крови, паратиреоидного гормона, кортизола и дегидроэпиандростерон-сульфата.

Установлено повышение уровня паратгормона сыворотки крови и снижение уровня минерализованного кальция, что способствует развитию остеопороза.

Ф.В. Семенов

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ФОРМЫ КОНЧИКА НОСА

Ключевые слова: пластическая хирургия, кончик носа, способ коррекции

В статье описан способ коррекции формы кончика носа и его проекции относительно лица, основанный на резекции одного из куполов нижнего латерального хряща с использованием второго купола для формирования «нового» кончика носа с одновременным уменьшением его проекции.

Н.В. Бойко, И.В. Стагниева

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ

Ключевые слова: лицевая боль, невралгия тройничного нерва, синусит.

Key words: facial pain, trigeminal neuralgia, sinusitis.

В статье обсуждаются вопросы патогенеза лицевой боли. Рассмотрены различные механизмы формирования болевого симптома при заболеваниях носа и околоносовых пазух. Приведены клинические примеры несоответствия выраженности болевого симптома с причиной и тяжестью течения патологического процесса. Предложен алгоритм дифференциальной диагностики лицевых болей.

А.С.Лопатин, О.А.Иванченко

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ: ТЕНДЕНЦИИ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ

Ключевые слова: острый риносинусит, хронический риносинусит, околоносовые пазухи

В связи с неуклонным ростом заболеваемости и отсутствием четких критериев по многим вопросам диагностики и лечения актуальным является изучение проблемы острого и хронического риносинусита. Способы диагностики и показатели различных исследований варьируют в широких пределах в зависимости от стандартов, принятых в разных странах. В нашей стране стандарты лечения острого и хронического риносинусита выполнялись врачами далеко не всегда, однако за последнее десятилетие наметилась стойкая тенденция к приверженности клиническим рекомендациям, особенно в части назначения антибиотикотерапии.