ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСОГЛОТКИ У ВЗРОСЛЫХ

Ильинский С.Е., Михайлов М.Г.
Медицинский центр «ЛОР-Практика», Клиника доктора Михайлова, Алматы, Казахстан

Введение. Патология глоточной миндалины (ГМ) встречается у 45% детей дошкольного возраста и является наиболее частой причиной носовой обструкции. До настоящего времени считается, что ГМ с момента полового созревания начинает уменьшаться вплоть до полной инволюции. Однако внедрение оптической эндоскопии и компьютерной томографии (КТ) в повседневную ЛОР практику ставит под сомнение вывод о возрастной инволюции ГМ. Данные методы исследования позволили более качественно изучать носоглотку, что привело к выявлению различных патологических состояний, которые ранее не диагностировались.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний носоглотки у взрослых.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели было проведено скрининговое эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки 607 пациентам (197 женщин и 410 мужчин) в возрасте от 15 до 56 лет, обратившимся с жалобами на затруднение носового дыхания продолжительностью более 3 месяцев. При выявлении патологии носоглотки, дальнейший протокол обследования включал КТ ОНП и носоглотки в коронарной и аксиальной проекциях, тимпанометрию, тональную пороговую аудиометрию и морфологическое исследование.

Результаты. В результате анализа эндоскопического исследования гипертрофия ГМ была установлена у 114 пациентов (18,78%). Гипертрофия ГМ 1 степени была диагностирована у 31 больного, 2 степени у 44 и 3 степени у 39 пациентов. Анализ анамнеза показал наличие жалоб у 69 пациентов (60,5%) более 10 лет. 37 больных (32,5%) ранее перенесли оперативные вмешательства в полости носа и носоглотке, у 12 из них была аденотомия. По данным КТ ОНП типичные признаки хронического риносинусита были выявлены у 39 (50%) из 78 больных, отклонения по тимпанометрии у 34 (29,8%) и наличие различных форм тугоухости у 21 пациента (18,4%). Более выраженные изменения диагностированы у больных с аденоидами 3 степени. Результаты морфологического исследования аденоидных вегетаций у взрослых показали отличия от аденоидов у детей, что проявлялось постепенным замещением функционально активных структур ГМ-лимфоидных фолликулов соединительной тканью с кровеносными сосудами капиллярного типа. 95 пациентам проведено хирургическое лечение: в 4 случаях (4,2%) аденотомия и у 91 больного (95,8%) различные симультантные операции в сочетании с аденотомией. Отдалённые результаты хирургического лечения по данным оптической эндоскопии, проведённой через 1 год, выявили рецидив аденоидов у 3 больных (4,4%).

Выводы. Таким образом, на основании полученных данных разработан алгоритм диагностики, который позволяет своевременно выявлять патологию носоглотки у взрослых, проводить дифференциальную диагностику, планировать индивидуальную тактику лечебных мероприятий. Одномоментная хирургическая коррекция патологических изменений носоглотки, полости носа, ОНП и среднего уха позволяет добиться стойкого клинического эффекта, подтвержденного катамнестически.

АКУСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КОЛЛАПСА НАРУЖНОГО НОСОВОГО КЛАПАНА.

Царапкин Г. Ю., Товмасян А.С., Усачева Н.В.
ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ, Москва, РФ

Актуальность. Одним из сложных вопросов в практической оториноларингологии является диагностика и лечение патологии носового клапана (НК).

Современные методы исследования носового дыхания характеризуются ограниченными возможностями в объективной оценке функционального состояния НК. Технические особенностями проведения передней активной риноманометрии (ПАРМ) не позволяют зарегистрировать динамическую несостоятельность наружного НК. Тогда, как ринорезистрометрия (РРМ) неинформативна при рубцовых сужениях преддверия носа. В связи с этим, функциональная оценка состояния наружного НК основывается на субъективных ощущениях пациента и данных осмотра ЛОР-специалиста.

Изучив существующие методы объективной оценки носового дыхания, мы пришли к заключению, что до настоящего времени при исследовании носового дыхания не исследовался такой параметр, как продолжительность вдоха и выдоха.

Целью работы: усовершенствование диагностики дисфункции НК с применением спектрального акустического анализа звуковых сигналов, возникающих при носовом дыхании.

Для достижения данной цели нами были поставлены следующие **задачи**:

1. Применить методику акустического анализа звуковых колебаний в исследовании дыхательной функции носа и определить наиболее значимые показатели, объективно отражающие функциональное состояние наружного носового клапана.
2. Изучить акустические показатели носового дыхания при помощи компьютерной речевой лаборатории KayPentax у больных с нарушением носового дыхания, не связанное с патологией наружного носового клапана.
3. Провести комплексное обследование больных с нарушением носового дыхания и определить наиболее значимые акустические признаки, характеризующие недостаточность наружного носового клапана.

Материал и методы исследования. На базе НИКИО им. Л.И. Свержевского нами обследовано 102 пациента в возрасте от 18 до 47 лет. Женщин было 53, мужчин – 49. Основным критерием включения в исследование было: отсутствие грубой деформации перегородки носа, влияющей на носовое дыхание; отсутствие патологии носоглотки и околоносовых пазух. Критериями исключения служили: посттравматическая деформация наружного носа, гипертрофическое поражение носовых раковинах, новообразования и полипоз полости носа. В зависимости от выявленной патологии все больные были разделены на 2 группы: I - контрольную и II - основную. В I группу (35 человек) вошли пациенты без нарушения носового дыхания. II группу (67 человек) составили больные с затруднением носового дыхания. В зависимости от нозологии во II группе больных нами было выделено три подгруппы: II-A подгруппа (35 человек) - пациенты с вазомоторным ринитом; II-B подгруппа (17 человек) - больные с динамическим коллапсом наружного НК; II-C подгруппа (15 человек) - пациенты с рубцовой деформацией преддверия носа (статический коллапс наружного НК).

После ПАРМ и РРМ всем больным мы проводили акустический анализ носового дыхания (ААНД) с использованием компьютерной речевой лаборатории KayPentax, при котором исследовали продолжительность фазы вдоха и выдоха. Нами была разработана методика исследования звуковой волны, которая возникала при носовом дыхании. Оценку носового дыхания мы проводили по продолжительности (t) фаз вдоха в секундах (сек).

Результаты исследование. У пациентов I контрольной группы при спокойном дыхании продолжительность вдоха равно 2,05±0,02 сек.; при пробе Cottle продолжительность фазы

вдоха увеличивается на 6,9%, а при форсированном – уменьшается на 42,9%, составляя 2,19±0,35 и 1,17±0,02 сек., соответственно ($p<0,05$). У больных II-А подгруппы продолжительность вдоха равна 1,97±0,05 сек., что на 3,9% меньше, чем у больных I группы; при пробе Cottle продолжительность фазы вдоха увеличивается на 6,6%, а при форсированном – уменьшается на 42,6%, составляя 2,10±0,03 и 1,13±0,05 сек., соответственно ($p<0,05$). При обследовании больных II-В подгруппы продолжительность вдоха через поврежденную половину носа при спокойном дыхании равно 1,73±0,01 сек., что на 15,6% меньше, чем у больных I контрольной группы; при пробе Cottle продолжительность фазы вдоха увеличивается на 17,9%, а при форсированном – уменьшается на 79,8%, составляя 2,04±0,01 и 0,35±0,01 сек., соответственно ($p<0,05$). У больных II-С подгруппы продолжительность вдоха через поврежденную половину носа равно 1,37±0,04 сек., что на 33,2% меньше, чем у больных I группы; при пробе Cottle продолжительность фазы вдоха увеличивается на 1,5% ($p>0,05$), а при форсированном – уменьшается на 70,1%, составляя 1,39±0,01 и 0,41±0,01 сек., соответственно ($p<0,05$).

Выводы:

1. В диагностики патологии носового клапана объективными показателями акустического анализа продолжительности носового дыхания являются функциональные пробы Cottle и форсированное дыхание, при этом полученные результаты необходимо сравнивать с продолжительностью фазы вдоха при спокойном дыхании через нос.

2. У больных с затрудненным носовым дыханием, которое не связано с патологией носового клапана, увеличение времени вдоха при пробе Cottle и укорочение данного показателя при форсированном дыхании через нос сопоставимы с нормальными показателями и оставляют 6,8% и 42,8%, соответственно ($p<0,05$).

3. У больных с несостоятельностью носового клапана, приводящей к его коллапсу на вдохе, при пробе Cottle продолжительность вдоха увеличивается на 17,9%, а при форсированном дыхании – уменьшается на 79,8% ($p<0,05$). У пациентов с рубцовой деформацией преддверия носа при пробе Cottle продолжительность вдоха не изменяется, а при форсированном дыхании – уменьшается на 70,1% ($p<0,05$).

АНАЛИЗ ДАННЫХ 3DРКТ СТРУКТУР ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Красножен В.Н., Хукуматшоев А.И., Андреева И.Г.
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, РФ.

Введение. Варианты анатомического строения структур полости носа и околоносовых пазух (ОНП) имеют важное клиническое значение, создавая условия для атипичного протекания патологического процесса, усложняя задачи врача при хирургическом вмешательстве. Метод трехмерной рентгеновской компьютерной томографии (3D РКТ) позволяет прижизненно изучать особенности анатомического строения полости носа и ОНП на основе анализа изображений в трех плоскостях. Значение деталей анатомического строения полости носа и ОНП особенно актуально при выполнении FESS.

Цель исследования: на основании анализа РКТ ОНП изучить частоту вариантов анатомического строения структур полости носа и ОНП.

Материалы и методы: На базе клиники оториноларингологии КГМА при подозрении на патологию ОНП, исследовано 500 3DРКТ за период 2012 по 2017г.г., из них 300 мужчин и 200 женщин в возрасте от 15 до 66 лет.

Результаты:

1. Искривление перегородки носа (пн) по R. Mladina - 385 (77%); 281 (56.2%) - муж. 104 -(20.8%) жен.

1.1. Небольшое боковое смещение пн в области клапана носа, не нарушающее его функцию (I-тип) – 148 (29.6%).

1.2. Небольшое боковое смещение пн в области клапана носа, нарушающее его функцию (II-тип) – 64 (12.8%).

1.3. Отклонение пн в проекции переднего конца средней носовой раковины (III-тип) – 17 (3.4%).

1.4. Комбинация типов II и III на противоположных сторонах пн – 26 (5.2%).

1.5. Девиация по типу «турецкой сабли » - 104 (20.8%).

1.6. Расположение гребня в передне-базальных отделах с одной стороны, «ущелье» на противоположной (VI-тип) – 12 (2.4%).

1.7. «Смятая» перегородка – комбинации всех перечисленных выше типов деформаций (VII-тип) – 8 (1.6%).

2. Крючковидный отросток (КО) - 186 (37.2%); 39 (7.8%) - муж. 147 (29.4%) - жен.

2.1. Удлинение КО – 103 (20.6%).

2.2. Латеральная девиация (отклонение) – 19 (3.8%).

2.3. Медиальная девиация – 13 (2.6%).

2.4. Пневматизация КО – 8 (1.6%).

2.5. Отсутствие КО – 43 (8.6%).

3. Аномалия носовых раковин 291 (58.2%)– 217 (43.4%) муж.; 74 (14.8%) жен.

3.1.Concha bullosa – 205 (41%).

3.2 Гипертрофия нижних носовых раковин – 86 (17.2%).

4. Аномалии решетчатого лабиринта 165 (33%); 119 (23.8%) - муж, 46 (9.2%) жен.

4.1. Клетки Галлера – 118 (23.6%).

4.2. Клетки Оноди – 26 (5.2%).

4.3. Решетчатый (гигантский) пузырек – 12 (2.4%).

4.4. Гиперпневматизиция agger nasi – 9 (1.8%.)

5. Аномалии верхнечелюстных пазух (ВЧП) 338 (67.6%); 256 (51.2%) - муж. 82 (16.4%) жен.

5.1. Асимметрия ВЧП – 3 (0.6%).

5.2. Гиперпневматизация (распространяется в отростки верхней челюсти, образуя дополнительный глазной, скуловой или альвеолярный карман) – 6 (1.2%).

5.3. Многокамерная ВЧП – 38 (7.6%).

5.4. Распространение корней зубов в ВЧП – 291 (58.2%).

6. Снижение пневматизации ОНП (за счет воспаления) - 382 (76.4%); 254 (50.8%) - муж. - 128 (26.6%)жен.

6.1. ВЧП (одност., двухст.) – 306 (61%).

6.2. Клетки решетчатого лабиринта (одност., двухст.) – 227 (45.4%)

6.3. Лобные пазухи (одност., двухст.) – 62 (12.4%)

6.4. Клиновидные пазухи (одност., двухст.) – 14 (2.8%)

7. Кисты ВЧП - 174 (34.8%); 121- муж. 53 - жен.

7.1. Кисты ВЧП в альвеолярной бухте – 143 (28.6%); подглазничной бухте – 17 (3.4%), скуловой бухте – 12 (2.4%), небной бухте – 2 (0.4%)

7.2. Кисты ВЧП (по отношению к стенкам):

на передненижней стенке – 81 (16.2%), задненижней – 18 (3.6%), нижней – 46 (9.2%), верхней – 16 (3.2%), медиальной – 13 (2.6%)

Заключение. Таким образом, по данным 3DРКТ выявлены наиболее часто встречающиеся варианты анатомического строения: смешение пн по I типу – 148 (29.6%); аномалии КО – удлинение КО 103 (20.6%); аномалия носовых раковин – Concha bullosa 205 (41%); аномалии решетчатого лабиринта – клетки Галлера – 118 (23.6%); аномалии ВЧП – распространение корней зубов в ВЧП – 291 (58.2%).

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Карпов А.А., Баранская С.В.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, РА

Введение: Область использования эндоназальной хирургии не ограничивается только ринологическими причинами, что обусловлено тесной топографо-анатомической связью полости носа и околоносовых пазух со структурами глаза и головного мозга. Одной из таких причин является обструкция слезных путей. Для восстановления естественного оттока слезы применяется операция дакриоцисториностомия.

Цель: Провести анализ эффективности лечения пациентов с непроходимостью носослезного протока с помощью эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии (ЭДЦРС).

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ клинических данных 103 пациентов (11 мужчин (10,7%), 92 женщины (89,3%)) с обструкцией носослезного канала, которым выполнялась ЭДЦРС в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с сентября 2014 по сентябрь 2017 года.

Результаты: Впервые ЭДЦРС выполнялась у 82 (79,61%) пациентов. Повторная операция, после предыдущих эндоскопических вмешательств, была проведена в 12 (11,65%) случаях. У 5 (4,86%) пациентов выполнялось третье эндоскопическое вмешательство. У 4 (3.88%) пациентов ЭДЦРС была эффективна после предшествующей операции, выполненной наружным доступом. Для оценки эффективности ЭДЦРС всем пациентам проводилось промывание слезных путей, которое оказалось эффективным у 97 пациентов (94,17%).

Выводы: Опыт нашей кафедры показывает высокую эффективность эндоназальной дакриоцисториностомии в лечении пациентов с обструкцией слезных путей дистальнее слезного мешка. Этот метод малотравматичен, не вызывает существенного дискомфорта во время и после операции и может быть реализован при различных причинах стеноза.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ АДЕНОТОМИЯ

Мовергоз С.В., Андаров А.А., Горин Д.И.
Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават, Россия.

Актуальность. Аденоидные вегетации относятся к самой распространенной патологии верхних дыхательных путей у детей. По данным литературы аденоиды не являются редкостью и у взрослых. Аденоидные вегетации могут явиться причиной развития болезней среднего уха, гортани, нижних дыхательных путей, деформации лицевого скелета, грудной клетки, нарушений функции сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта. Следствием аденоидов может стать синдром обструктивного апноэ сна. Дети, страдающие гипертрофией глоточной миндалины, относятся к группе часто болеющих детей. В связи с этим данное заболевание привлекает внимание не только оториноларингологов, но и врачей других специальностей, в особенности педиатров.

Цели исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с аденоидными вегетациями в условиях МЦ ООО «Медсервис».

Материал и методы. За период с февраля 2015 по май 2017 года в ЛОР-отделении медицинского центра ООО «Медсервис» было прооперировано 127 пациентов с гипертрофией аденоидов, 75 мальчиков и 52 девочки. Средний возраст пациентов составил 6,5 лет. 22 ребенка (17,3%) оперированы повторно по поводу рецидива аденоидных вегетаций. Данные пациенты были оперированы в других медицинских учреждениях по стандартной методе без эндоскопического контроля носоглотки. Всем пациентам в предоперационном периоде проводилась эндоскопия полости носа и носоглотки. Все операции выполнялись под общей анестезией с использованием управляемой низкопоточной анестезии. Устанавливается роторасширитель Дэвиса, тампонируется гортаноглотка. Проводится веллотракция силиконовым катетером и в условиях визуального контроля при помощи гортанного зеркала аденотомом Бекмана удаляются аденоидные вегетации. Далее после предварительной анемизации слизистой полости носа проводится видеоэндоскопический осмотр полости носа и носоглотки (эндоскоп 2,7 мм 0 гр) и при помощи шейвера (лезвие диаметром 3,0 мм) удаляются остатки лимфоидной ткани в своде носоглотки и при необходимости боковых валиков. На данном этапе очень важно аккуратно вводить и шейвер, и эндоскоп, так как повреждение слизистой оболочки носовых раковин или перегородки носа приводит к кровотечению, которое существенно мешает ходу операции. Гемостаз проводили временной тампонадой носоглотки марлевым тампоном и при необходимости биполярной электрокоагуляцией кровоточащих участков послеоперационной раны. Госпитализация в отделение на 1 сутки. Сроки наблюдения за пациентами составили от 3-х месяцев до 2-х лет с обязательным эндоскопическим исследованием полости носа и носоглотки.

Результат. Рецидивов аденоидных вегетаций за период наблюдения не было. Кровоточивость не выражена. Объем кровопотери не более 30 мл. Из осложнений: в одном случае (0,8 %) ранний послеоперационный период осложнился кровотечением. Кровотечение было остановлено наложением СК-ЯМИК. В четырех случаях (3,1 %) образовались синехии между перегородкой носа и средней порцией нижней носовой раковины, не нарушающие носовое дыхание.

Выводы. К достоинствам трансназального доступа, как метода дополнительного контроля при аденотомии, следует отнести возможность тщательного удаления аденоидной ткани и проведения полноценного гемостаза в условиях прямой эндоскопической визуализации. Кроме того, при наличии так называемой «назальной» порции аденоидов, данный метод является единственным для удаления этого участка аденоидных вегетаций. Недостатки этих доступов в том, что, во-первых, они не

выполнимы при узких носовых ходах, во-вторых: при повреждении слизистой оболочки полости носа в послеоперационном периоде возможно развитие синехий.

ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ГОРМОНАЛЬНЫМ РИНИТОМ

Черных Н.М.*, Носуля Е.В.**, Ким И.А. .**
*Клиники ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», Иркутск, РФ
**ФГБОУ ДПО РМАПО, Москва, РФ

Введение. Среди большого перечня функциональных нарушений и патологии различных органов и систем, оказывающих влияние на состояние слизистой оболочки полости носа, важное место занимают эндокринные заболевания, в частности дисфункция щитовидной железы. Сочетание вазомоторного ринита с тиреоидной патологией встречается у 83% больных, преимущественно, страдающих гипотиреозом. К сожалению, в литературе отсутствуют данные о возможной роли инфекции в развитии симптомов ринита, ассоциированного с патологией щитовидной железы, что определяет актуальность изучения данного вопроса.

Цель работы изучить видовой состав микрофлоры полости носа у пациентов с гормональным ринитом на фоне тиреоидной дисфункции

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов женского пола - с гипотиреозом (50%) и эутиреозом (50%) в возрасте от 21 до 74 лет. Структура патологии щитовидной железы у обследованных была представлена аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) -35,0% пациентов, узловым зобом - 33,3%, послеоперационным гипотиреозом - 21%, а также - диффузным увеличением щитовидной железы (3,5%) и врожденным гипотиреозом (1,75%). Взятие материала из полости носа для бактериологического исследования проводилось с помощью стерильного ватного тампона под контролем передней риноскопии и последующим посевом на плотные питательные среды: питательный агар с дефибринированной кровью, желточно-солевой агар, среды Эндо и Сабуро методом Гоулда. Выделение возбудителей проводилось согласно приказу № 535 от 22.04.85г. «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях». Идентификация и определение резистентности к антибактериальным препаратам (методом серийных разведений) осуществляли на полуавтоматическом анализаторе «AutoScan4 System», Siemens, USA. Антибиотикорезистентность выделенных штаммов оценивалась согласно МУК 4.2.1890-04 от 04.03.2004г.

Результаты исследования. Различная микрофлора была выявлена у 55 (91,73,6%) обследованных, в большинстве случаев 86,7±4,4%) определялась монофлора, ассоциации микроорганизмов встречались в единичных случаях (5,0±2,8%) и исключительно у больных гипотиреозом. Исследование видового состава микрофлоры выявило преобладание грамположительных аэробов (Staphylococcus, Streptococcus) у 55 пациентов (94,8±3,1%), среди которых лидирующее положение занимали стафилококки (96,4±2,5%) ($p<0,001$). Самым распространенным при посеве из полости носа у 36 обследованных был представитель нормальной микрофлоры - Staphylococcus epidermidis (62,06±6,4%; $p<0,01$) Грамотрицательные неспорообразующие бактерии (Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae, Moraxella honliguefaciens), которые являются факультативными ана- и аэробами, встречались с одинаковой частотой (1,78%). Клинически значимая ($>10^4$ КОЕ/мл отделяемого) микробная контаминация полости носа (S. epidermidis, S.aureus, S.intermedius, Klebsiella pneumoniae) встречалась у (27,6±5,8%) обследованных с гормональным ринитом, что может свидетельствовать о наличии у пациентов с дисфункцией щитовидной железы предпосылок к формированию в полости носа этиологически значимого пула микроорганизмов и о потенциальном значении инфекционного фактора в усугублении патофизиологических

сдвигов в слизистой оболочке носа манифестации симптомов хронического воспаления.

Заключение. Таким образом, в полости носа пациентов с гормональным ринитом, ассоциированным с дисфункцией щитовидной определяется преимущественно грамположительная монофлора, представленная стафилококками (77,3%), что свидетельствует о снижении физиологических механизмов защиты слизистой оболочки полости носа и значении инфекционно-воспалительных процессов в патогенезе гормонального ринита у лиц с тиреоидной патологией.

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ВЗРОСЛЫХ

Белякова Р.А., Портенко Е.Г.
ФГБОУ ВО ТВЕРСКОЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, Тверь, Россия

Актуальность. В настоящее время аллергический ринит (АР) является одним из распространённых заболеваний ЛОР-органов, характеризуется ранним началом, нередко непрерывно рецидивирующим течением и резистентностью к традиционной противоаллергической терапии. Ученые и практики во всем мире на протяжении десятилетий разрабатывают и совершенствуют возможные методы его лечения. Однако однозначного варианта терапии АР, который смог бы излечить или перевести заболевание в стойкую ремиссию, еще не найдено.

Цель. Изучить влияние бактериальной микрофлоры полости носа на течение круглогодичного аллергического ринита (КАР) у взрослых для совершенствования методов терапии данной патологии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областная клиническая больница» г. Твери. Работа основана на результатах обследования и лечения 38 больных КАР средней и тяжёлой степени тяжести. 22 пациента с диагностированным КАР имели бактериальную колонизацию слизистой оболочки полости носа. Группа сравнения обследована по протоколу «случай-контроль», состояла из 16 больных КАР без бактериальной колонизации слизистой полости носа для изучения клинико-иммунологических особенностей и выраженности инфекционного синдрома. Группы были отобраны рандомизированно, сходны по возрасту, полу, тяжести течения КАР. Критерии исключения больных из исследования: индивидуальная непереносимость отобранных препаратов для лечения КАР, обострение очагов хронической инфекции носо- и ротоглотки, тяжёлые заболевания внутренних органов, беременность, применение в последние 6 месяцев иммуномодуляторов и глюкокортикостероидов, в последний месяц – антигистаминных препаратов и местных сосудосуживающих средств.

На каждого больного заполнялась разработанная карта обследования по 47 симптомам, включающая жалобы, данные анамнеза, ЛОР-статус, сопутствующую патологию, результаты клинического анализа крови, иммунологического, цитологического и бактериологического исследования слизистой оболочки полости носа, которые по данным научной литературы наиболее часто используют врачи для диагностики этого заболевания. Осмотр ЛОР-органов проводился по общепринятым методикам, включал проведение передней и задней риноскопии. Для более детального осмотра среднего и заднего отделов полости носа проводилась оптическая эндоскопия жесткими эндоскопами Hopkins 0º и 30º. Состояние околоносовых пазух оценивалось на обзорных рентгенограммах в носо-подбородочной, переднее-аксиальной и профильной укладках головы. Наличие эозинофилии в периферической крови определяли с помощью клинического анализа крови. С целью определения бактериальной колонизации слизистой полости носа проводилось бактериологическое исследование, для определения цитологического состава назального секрета – микроскопия нативного материала. Для бактериологического исследования у больных обеих групп производился забор отделяемого со слизистой оболочки полости носа стерильным ватным тампоном, для дальнейшего исследования тампоны помещали в стерильные пробирки и доставляли в санбаклабораторию ГБУЗ ОКБ г. Твери. Микроскопия нативного материала для определения клеточного состава у больных обеих групп осуществлялась посредством забора отделяемого со слизистой оболочки полости носа путём выдувания пациентом содержимого носовых ходов на сухое обезжиренное предметное стекло поочерёдно из обеих половин носа, затем материал направлялся для исследования в клиническую лабораторию ГБУЗ ОКБ г. Твери. Количественное

определение общего IgE в сыворотке крови проводили стандартным методом твёрдофазного ИФА. Для оценки клинических проявлений использовалась классификация АР по степени тяжести (Гущин И.С., Емельянов А.В., Козлов В.С. с соав., 2003).

Больные (основная группа) были рандомизированно разделены на 2 подгруппы, сходных по полу, возрасту и степени тяжести КАР. Срок наблюдения пациентов составил 1 год. Подгруппа 1 – больные КАР средней и тяжёлой степени тяжести, получавшие антибактериальную с учётом чувствительности высеянных микроорганизмов и противоаллергическую терапию. Подгруппа 2 – больные КАР средней и тяжёлой степени тяжести, получавшие только противоаллергическую терапию по стандартной схеме, предложенной в рекомендациях ARIA, 2010.

Результаты. У больных КАР в структуре бактериологической колонизации преобладает Staphylococcus aureus - 73%, Streptococcus haemolyticus – 48%, у 62% - микробные ассоциации из 2-х и 3-х возбудителей. Колонизация слизистой оболочки бактериями утяжеляет течение КАР, что проявляется выраженной заложенностью носа, обильными густыми выделениями из носа, ощущением стекания слизи по задней стенке глотки, кашлем. Включение в состав лечения на первом этапе антибактериальных средств с дальнейшим проведением традиционной противоаллергической терапии приводит к общей терапевтической эффективности в 73% случаев, сокращению периода обострения в 1,3 раза, увеличению ремиссии в 2,5 раза, отсутствию бактериальной микрофлоры при повторном бактериологическом исследовании.

Заключение. У пациентов с КАР бактериальная микрофлора утяжеляет течение заболевания и требует совершенствования терапии с включением в её состав антимикробных препаратов, назначение которых приводит к высокой клинической эффективности.

ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НА РАЗВИТИЕ ЛОБНЫХ И КЛИНОВИДНЫХ ПАЗУХ

Субботина М.В., Коханов В.С.
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», Иркутск, РФ

Введение. Строение лобных и клиновидных пазух характеризуется выраженной изменчивостью, поскольку их развитие происходит довольно продолжительное время. Объем, форма, толщина стенок, расположение естественного соустья и другие анатомо-топографические особенности зависят от степени их пневматизации и факторов, которые могут препятствовать ей. Влияние деформации носовой перегородки ранее изучалось, в основном, в отношении формирования верхнечелюстных пазух (Z. Kapusuz Gencer et al., 2013). Наибольшее влияние девиация носовой перегородки оказывает на объем верхнечелюстных пазух в сочетании с Concha bullosa, и не влияет на лобные пазухи (D. Karatas et al, 2015; I. Kucybała et al., 2017). Асимметрия клиновидных пазух встречается в 80,2% при девиации носовой перегородки и только в 50,6% - при отсутствии девиации (M.H. Akgul et al., 2016).

Цель работы: Выявить влияние деформации носовой перегородки (ДНП) на развитие лобных и клиновидных пазух.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 41 протокола мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) пазух носа 19 мужчин и 22 женщин в возрасте от 18 лет и старше, обратившихся в 1 городскую клиническую больницу г. Иркутска. При помощи стандартных программ томографа в аксиальной, коронарной и сагиттальной проекциях, пользуясь методом контурирования, были измерены объемы клиновидных и лобных пазух с обеих сторон. В исследование были включены данные только тех пациентов, кто имел С-образную ДНП III степени в различных ее отделах только в одну сторону (первая основная группа 29 человек: у 15 - деформация перегородки была вправо, у 14 - влево). Контрольную группу составили 12 человек, имевших ровную перегородку носа. Не включали в исследование пациентов с острой травмой, полипозным риносинуситом и S-образной ДНП. Сравнение объемов левой и правой клиновидной и лобной пазух определяли при помощи таблиц сопряженности 2x2, а также с помощью критерия хи-квадрат по программе Statistica 8.0.

Результаты. Разница между объемами правой и левой клиновидных пазух составила 3.09± 2.07 см^3, лобных пазух - 1.4± 1.7 см^3. В группе сравнения существенной разницы между объемами клиновидных и лобных пазух не было выявлено, разница составила 0.06±0.3 см^3 и 0.1±0.4 см^3 соответственно. Клиновидные пазухи на стороне искривления перегородки носа были достоверно меньше, чем на другой стороне ($p<0.01$), для лобных пазух была выявлена та же закономерность ($p<0.05$).

Выводы. Выраженная деформация носовой перегородки способствует недоразвитию клиновидных и лобных пазух на стороне искривления. Своевременная диагностика и септопластика в период роста организма, возможно, будет способствовать симметричному развитию пазух носа.

РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Скродерис А.А.[1], Цурикова Т.В. [1], Кокорина В.Э.[2]
[1] ГАУЗ Амурской области «Амурская областная детская клиническая больница», Благовещенск, РФ
[2] ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет МЗ РФ, Хабаровск, РФ

Введение. Воспалительные заболевания околоносовых пазух в структуре пациентов оториноларингологических стационаров Российской Федерации составляет 32,2% при этом за период 2011 – 2016 г. отмечен рост заболеваемости на 0,15%. Риногенные гнойно-воспалительные заболевания головного мозга имеют тяжелое течение с угрозой летального исхода и высокой частотой инвалидизации. В структуре внутричерепных осложнений доля заболеваний риногенной этиологии составляет до 34,2%, а больничная летальность достигает 13,2%. Несмотря на развитие медицинской науки, внедрение в практику инновационных методов лечения и появления на рынке новых антимикробных препаратов, распространенность внутричерепные осложнений не имеет тенденцию к снижению, что вероятно связано с официально утвержденной тактикой лечения таких пациентов с учетом. междисциплинарного взаимодействия оториноларингологов, нейрохирургов и других специалистов.

Целью исследования явилось выявление особенности возникновения и клинического течения риногенных внутричерепных осложнений, оценка тактики хирургического лечения, повышение эффективности лечения и анализ ошибок диагностики и лечения, возникающих на разных этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Исследование выполнено на основе анализа клинических случаев лечения 38 детей в возрасте от 2 до 17 лет с риногенными внутричерепными осложнениями, которые получали лечение в отделении оториноларингологии ГАУЗ АО АОДКБ г Благовещенска с 2006 г по 2016г. Обследование детей включало общеклинические лабораторные исследования, оториноларингологический осмотр, осмотр неврологом, люмбальная пункция с исследованием ликвора, компьютерная томография околоносовых пазух и головы.

Результаты. Из анамнеза удалось выяснить, что 45% пациентов получали помощь или осматривались оториноларингологом амбулаторно. При оториноларингологическом осмотре и данных компьютерной томограммы у детей, поступивших в ЛОР отделение выявлены заболевания, характеризующиеся разлитым воспалением околоносовых пазух, захватывающих 3 и более пазухи - у 30 пациентов (80%). В структуре патологии преобладали острые гнойно воспалительные процессы – 26 пациентов (70%). Клетки решетчатого лабиринта были вовлечены в процесс у всех пациентов. Наиболее тяжелые осложнения диагностированы при поражении лобных пазух. Выполнение компьютерной томографии, как рутинного метола исследований при подозрении на внутричерепное осложнение позволило не только оценить особенности воспалительного процесса в околоносовых пазухах, но и уточнить очаги костной деструкции, а при подозрении на внутричерепные осложнения, позволяет выявить начальные формы воспалительных изменений головного мозга. В структуре патологии преобладали поражения оболочек и вещества головного мозга: субдуральные эмпиемы. Летальный исход наступил 4 пациентов. Непосредственными причины смерти явились: отек головного мозга с дислокационным синдромом; тяжелый сепсис и полиорганная недостаточность; острая сердечно-сосудистая недостаточность; ДВС-синдром; инфекционно-токсический шок. Проведенный анализ структуры ошибок при оказании помощи детям с риногенными внутричерепными осложнениями выявил преимущественно нарушения на догоспитальном этапе: позднее обращение пациента за медицинской помощью – у 53% пациентов; поздняя диагностика внутричерепных

осложнений ЛОР врачом на амбулаторном звене – в 48.8% случаев; неэффективное и неадекватное наблюдение - 42,2%; дефекты оформления медицинской документации (нет либо скудная сопроводительная информация) - 10%. Выявленные нарушения на госпитальном этапе преимущественно были связаны с госпитализацией в непрофильное отделение 30% (инфекционное, неврологическое) и необоснованной задержкой диагностики и лечебного процесса 13%.

Выводы: При лечении детей с риносинусогенными заболеваниями головного мозга тактика должна быть основана на унификации междисциплинарного подхода. Наибольшее количество дефектов оказания медицинской помощи было выявлено на догоспитальном этапе. Связанные с этим организационно - тактические ошибки во многом определяют тяжесть состояния при поступлении в стационар.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кайзеров Е.В[*], Зубарева А.А.[**]
[*]ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ
[**]ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ.

Введение. Одонтогенные кисты челюстно-лицевой области продолжают оставаться распространенной междисциплинарной патологией, затрагивающей такие области медицины как стоматология, челюстно-лицевая хирургия и оториноларингология. Объемное изображение пока еще остается недостаточно изученным методом лучевой диагностики для оценки кист верхней и нижней челюсти на разных стадиях патологического процесса. еще недостаточно разработана дифференциальная семиотика кист (радикулярных, фолликулярных, кератокист), не полностью изучена роль дентальной объемной томографии в алгоритме обследования больных с данной патологией.

Цель исследования – создание расширенных клинико-лучевых синдромов путем анализа наиболее возможного числа клинических и рентгенологических симптомов в каждой изучаемой группе кистозных образований челюстей.

Материалы и методы. Комплексное клинико-лучевое обследование 236 больных с различными типами кистозных образований челюстно-лицевой области. Из них 130 пациентов мужчины и 106 пациентов женщины. Обследованные нами пациенты были в возрасте от 18 до 86 лет.

Результаты. У 46 обследованных пациентов были выявлены кератокисты нижней челюсти. Фолликулярные зубосодержащие кисты верхней и нижней челюсти наблюдались в 44 случаях. Остальные 146 случаев кистозных образований челюстей были представлены различными подгруппами радикулярных кист воспалительного генеза. По полученным данным было выявлено, что кератокисты, являясь пороком развития, чаще встречались в молодом возрасте, локализовались преимущественно в области тела, угла и ветви нижней челюсти на уровне моляров, не имели ярких и характерных клинических проявлений, за исключением постепенно-нарастающей деформации челюсти. Форма кистозной полости была преимущественно неправильная, больших размеров за счет распространения по длинной оси челюсти и высокой остеолитической активности. Кератокисты не были связаны с кариозными зубами, так как относятся к группе кист не воспалительного генеза, хотя в ряде случаев вызывали лизис корней зубов, которые оказывались в кариозной полости в результате роста кисты. Для кератокист было характерно образование обширных дефектов кортикальных пластинок челюсти, склонность к оттеснению и лизису стенок нижнечелюстного канала.

Фолликулярные кисты, являясь пороком развития зубного зачатка, формируются в молодом возрасте, однако могут быть впервые выявлены в различных возрастных группах, так как длительное время не имеют симптомов. Фолликулярные зубосодержащие кисты локализуются преимущественно в области третьих моляров нижней челюсти, а также в альвеолярном отростке верхней челюсти. Из характерных клинических признаков отмечена задержка прорезывания зуба в сочетании с болезненным вздутием альвеолярного отростка челюсти. При локализации кисты в верхнечелюстной пазухе доминируют симптомы верхнечелюстного синусита. Для фолликулярных зубосодержащих кист характерны следующие рентгенологические симптомы: преимущественно округлая или овальная форма кистозной полости, четкие ровные контуры, однокамерная полость и отсутствие связи с кариозными зубами или

патологией корневых каналов. Содержимое кисты как правило однородное мягкотканое, всегда с наличием сформированного зуба или зубоподобного образования.

Радикулярные кисты по клиническим и рентгенологическим симптомам отличаются от других типов кистозных образований нижней челюсти. Вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки ротовой полости и содержимого нижнечелюстного канала, в сочетании с наличием кариозного зуба или зуба, подвергшегося эндодонтическому вмешательству, определяет особенности клинических и рентгенологических проявлений кистозных образований данного типа. Радикулярные кисты нижней челюсти склонны к формированию вздутия и деформации нижней челюсти с истончением и образованием дефектов кортикальных пластинок и стенок нижнечелюстного канала. Большое значение в возможности формирования периапикального воспалительно-деструктивного процесса играет качество эндодонтического лечения.

Кистозно-воспалительный процесс на верхней челюсти с вовлечением ЛОР-органов создает уникальное сочетание клинических и рентгенологических признаков, характерных только для этого типа кистозных образований челюстей. Кисты, локализованные в области фронтальных зубов (резцы и клыки) склонны к распространению в сторону полости носа, оттеснению или разрушению нижней и боковой стенок полости носа и развитию хронического воспаления слизистой полости носа (хронического ринита). Кисты резцов, клыков и премоляров, в зависимости от их размеров, могут распространяться во все окружающие анатомические регионы. Распространение процесса в сторону полости рта приводит к изменениям слизистой ротовой полости и формированию патологических соустий. Важную роль анатомическая особенность строения фронтального отдела верхней челюсти, наличие таких костных структур, как твердое небо, полость носа и ротовая полость. Киста распространяется преимущественно внутрь полости носа и ротовой полости, поэтому даже при значительных размерах внешне может быть не заметна (деформации и вздутия лицевого отдела не происходит). Кисты, связанные с периапикальной патологией моляров распространяются в сторону верхнечелюстного синуса с прилеганием, оттеснением или проникновением через нижнюю стенку синуса с ее частичным разрушением. Проникающие кисты в силу анатомических особенностей верхнечелюстного синуса, склонны к быстрому росту, так как не встречают сопротивления со стороны костных структур, и нередко занимают значительный объем синуса. В развитии патологии данного типа играет важную роль анатомическая особенность строения верхнечелюстного синуса, степень выраженности альвеолярных бухт, соотношение корней зубов и нижней стенки синуса, а также толщина нижней стенки синуса. Большое значение в возможности формирования периапикального воспалительно-деструктивного процесса с распространением на полость носа и верхнечелюстной синус играет качество эндодонтического лечения.

Выводы. Использование современных методов цифровой лучевой диагностики, обладающих возможностями трехмерного анализа структур челюстно-лицевой области, в сочетании с локальной денситометрией, позволяет провести детальную расширенную синдромно-симптомную рентгеновскую компьютерно-томографическую характеристику кистозных образований челюстей различных этиопатогенетических групп и локализаций.

ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОДИНАМИКА ПОЛОСТИ НОСА ПРИ III ТИПЕ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО R. MLADINA

Щербаков Д.А.*, Крюков А.И.*, Красножен В.Н.**, Гарскова Ю.А.**, Саушин И.И.***, Губайдуллин И.Р.****
* ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
** КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, РФ
*** КазНЦ Российской Академии Наук, Казань, РФ
**** ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тюмень, РФ

На сегодняшний день остается открытым вопрос о причинах возникновения хронического риносинусита на фоне искривления перегородки носа.

Цель нашего исследования изучить влияние искривления перегородки носа при III типе (по классификации R.Mladina) на аэродинамику полости носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы: организована совместная работа отделения оториноларингологии АО «МСЧ «Нефтяник», кафедры ЛОР-болезней ТюмГМУ, Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского и Казанского Научного Центра РАН.

Моделирование аэродинамики носовой полости и околоносовых пазух осуществлялось методом вычислительной аэродинамики (CFD-computational fluid dynamics). Сначала на основании компьютерных томограмм создавали цифровые трехмерные модели воздушных пространств полости носа и околоносовых пазух с обязательным включением каналов и соустий, сообщающих полость носа и околоносовые пазухи. Затем, с помощью современных коммерческих пакетов программ, проводили численное моделирование воздушных потоков на разных фазах вдоха и выдоха.

На первом этапе создавали CFD-модели полости носа и верхнечелюстной пазухи пациентов без патологии полости носа и околоносовых пазух. В исследование были включены МСКТ полости носа и околоносовых пазух 20 пациентов обоего пола со средним возрастом 33±13,9. Критерии исключения – хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух (искривление перегородки носа, хронический риносинусит, гипертрофический ринит и т.п.), а также эпизоды острого риносинусита в последние 3 месяца.

На втором этапе создавали CFD-модели полости носа и верхнечелюстных пазух пациентов с III типом искривления перегородки носа по R. Mladina вне обострения хронического риносинусита. В исследование были включены МСКТ полости носа и околоносовых пазух 99 пациентов обоего пола со средним возрастом 31±11,7 лет. Исключались лица, имеющие на компьютерных томограммах полное нарушение проходимости носовых ходов.

Результаты исследования. На первом этапе исследования, мы установили, что у лиц без патологии полости носа и околоносовых пазух отсутствует массообмен между полостью носа и исследуемой верхнечелюстной пазухой. Скорость воздушных потоков между структурами остеомеатального комплекса при дыхании не превышала 0,01 м/с. Выявили преимущественное течение воздуха вдоль нижних носовых раковин, средняя скорость 2,5 м/с.

На втором этапе, мы выявили наличие массообмена в верхнечелюстной пазухе у пациентов с III типом искривления перегородки носа по R Mladina. Мы наблюдали аэрацию верхнечелюстной пазухи, при этом после прохождения газа через полулунную щель регистрировались большие скорости воздушного потока вдоль передней стенки пазухи.

Заключение.

Нарушение аэродинамики, при III типе искривления перегородки носа по R. Mladina, характеризуется наличием патологической аэрации верхнечелюстной пазухи, что возможно является одним из факторов развития хронического риносинусита.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения хирургического лечения пациентов с искривлением перегородки носа.

В дальнейшем планируется разработка программы на основе вычислительной аэродинамики, позволяющей планировать операции по улучшению носового дыхания.

ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОДИНАМИКА ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Крюков А.И.*, Щербаков Д.А.*, Красножен В.Н.**, Саушин И.И.***
*ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, Москва, РФ
**Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, РФ
*** Лаборатория гидродинамики и теплообмена ФГБУН Казанский научный центр РАН, Казань, РФ

Компьютерное моделирование и компьютерное симулирование являются современными инструментами исследования в клинической ринологии (Kennedy D.W., 2012).

Цель исследования: компьютерное моделирование воздушных потоков, возникающих в полости носа и ВЧП при дыхании после компьютерного симулирования различных вариантов хирургии пазухи.

Материалы и методы: Исследования проводились на базе лаборатории гидродинамики и теплообмена (зав. – проф. Н.И. Михеев) ФГБУН Казанский научный центр РАН. В исследование были включены 14 лиц обоего пола со средним возрастом 31±16,7 лет. Критерии исключения: искривление перегородки носа, хронический риносинусит, гипертрофический ринит и т.п., эпизоды острого риносинусита в последние 3 месяца, пародоксальная или пневматизированная средняя носовая раковина и др. Для компьютерного моделирования использовали программы Invesalius 3.0 и Fluent. Было создано четыре рабочие модели: 1) ОНП без патологии; 2) состояние до и после моделирования функциональной риносинусохирургии - ФЭРС (медиализация средней носовой раковины на 2 мм, удаление крючковидного отростка, расширение естественного соустья ВЧП до 1 см в диаметре; 3) состояние до и после моделирования баллонной синусопластики (БС) (расширение естественного соустья до 5 мм, расширение полулунной щели до 7 мм); 4) состояние до и после медиализации средней носовой раковины на 2 мм и медиализация крючковидного отростка на 1,5 мм, как модель использования разработанного ранее инструмента для мобилизации крючковидного отростка (МКО) патент РФ №167882.

Результаты исследования: удаление крючковидного отростка, как этап антростомии через средний носовой ход с последующим расширением естественного соустья ВЧП ведет к значительному увеличению скорости воздушных потоков в данном регионе и появлению массообмена газов между полостью носа и ВЧП. Так, в случае моделирования ФЭРС массообмен между ВЧП и полостью носа, в норме равный нулю, составил до 36,7 мл/с, тогда как моделирование баллонной синусопластики привело к появлению массообмена между приведенными структурами до 7,8 мл/с. Наши наблюдения совпадают с результатами работы G.A. Xiong et al. (2008-2016), которые смоделировали движение воздуха в полости носа при дыхании и обнаружили отсутствие активной вентиляции ОНП. Цифровое моделирование показало отсутствие массообмена между ВЧП и одноименной половиной полости носа и ускорения воздушных потоков в среднем носовом ходе после компьютерного моделирования инструмента мобилизации крючковидного отростка.

Заключение. Вычислительная аэродинамика воздушных потоков в полости носа и ВЧП на трёх моделях наиболее частых хирургических вмешательств показало, что ФЭРС и БС способствуют увеличению скоростей воздушных потоков в области остиометального комплекса и появлению массообмена газов между ВЧП и полостью носа. При этом ФЭРС, подразумевающая удаление крючковидного отростка более выраженно нежели баллонная синусопластика влияет на массообмен. Разработанная

методика МКО не приводит к появлению массообмена между ВЧП и одноименной половиной полости носа по результатам вычислительной аэродинамики.

ГЕМОДИНАМИКА ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ПНЕВМОТАМПОНАДЕ (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).

Кулешов Б.Ю.*, Шиленкова В.В.*, Горносталёв Н.Я.**
*ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль, Россия.
**ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи Н.В. Соловьева», Ярославль, Россия.

Введение. Носовое кровотечение является одной из самых распространенных ЛОР – патологий. Среди больных ЛОР – стационаров данная патология составляет от 4 до 14% и данный показатель растёт с каждым годом. Одним из самых распространенных методов остановки носовых кровотечений является передняя тампонада носа. Однако данная процедура имеет ряд недостатков, одним из которых является неконтролируемое давление на окружающие ткани, что может привести к осложнениям, вплоть до некроза слизистой оболочки. Альтернативой традиционному методу является использование пневматических тампонов.

К особенности пневмотампонады относится возможность введения в баллоны определенного объема воздуха и создания оптимального давления в полости носа для остановки кровотечения. В тоже время не исключено отрицательное воздействие на слизистую оболочку полости носа при избыточном давлении воздуха, введенного в баллон.

Целью нашего исследования было определение максимального оптимального объема воздуха, вводимого в средний баллон пневмотампона «Эпистоп–3» в миллилитрах объема шприца, который не приводит к значимым нарушениям в микроциркуляторном русле слизистой оболочки полости носа.

Материл и методы. Для исследования были отобраны 10 здоровых добровольцев: 5 мужчин, 5 женщин в возрасте от 18 до 30 лет. Для оценки влияния пневмотампонады на микроциркуляторное русло слизистой оболочки носа мы использовали метод лазерной доплерографии. Данный метод основывается на определении перфузии ткани кровью путём измерения допплеровского сдвига частот, возникающего при зондировании тканей лазерным лучом с последующей регистрацией излучения, отраженного от движущихся компонентов крови, чаще всего эритроцитов. Исследование проводилось с помощью прибора «ЛАКК–02», в основе работы которого лежит метод лазерной допплеровской флоуметрии в инфракрасном режиме. Измерение кровотока слизистой оболочки осуществлялось с зоны среднего отдела нижней носовой раковины. Оценивались такие показатели, как показатель микроциркуляции (ПМ) в перфузионных единицах (пф. ед.); низкочастотные (медленные) колебания кровотока (AmaxLF/3δx100%); пульсовые колебания кровотока (AmaxCF/3δx100%).

Исследование гемодинамики полости носа проводилось у добровольцев неоднократно. Исходное исследование проводилось до постановки катетера «Эпистоп - 3» (период t0); Далее выполнялась установка пневмотампона в полость носа. Первоначально в средний баллон вводили воздух в объеме 7 мл, время экспозиции соответствовало 20 минутам, после чего катетер удалялся и без промедления проводилась оценка изменения микроциркуляторного русла слизистой оболочки носа (период t1). Затем следовала пауза 20 минут с целью восстановления микроциркуляторного русла. Далее с такой же последовательностью действий в средний баллон пневмотампона вводился воздух в объёме 10мл (период t2) и 12мл (период t3).

Результаты. Исходное значение ПМ у добровольцев составило 19,83±7,90 пф. ед. После введения в средний баллон объема воздуха, соответствующего 7 мл объема шприца и экспозиции в полости носа равной 20 минутам, ПМ снижался до 15,90±8,00 пф. ед. После увеличения давления в среднем баллоне катетера «Эпистоп-3» до 10 мл, ПМ оставался стабильным и составил в среднем 15,95±7,01 пф. ед. При создании в

среднем баллоне катетера давления, соответствующего введению 12 мл воздуха, отмечалось значительное падение ПМ до 11,03±4,02 пф. ед.

При анализе амплитудно–частотного спектра наблюдалось снижение значений AmaxCF/3δx100% от периода к периоду, однако в периодах t1 и t2 эти изменения были незначительными. Так, исходное значение AmaxCF/3δx100% составило 18,82±2,79 при максимальном значении 24,03, минимальном – 14,78. В период t1 показатель AmaxCF/3δx100% составил 16,05±2,70.

При оценке показателя AmaxLF/3δx100% было установлено, что в периоде t1 и t2 данный показатель оставался стабильным, однако в периоде t3 отмечалось снижение параметра. Исходное значение AmaxLF/3δx100% составило 5,59±1,42, в период t1 показатель AmaxLF/3δx100% уменьшился до 4,51±0,87. В периоде t2 данный показатель соответствовал 3,48±0,98. В периоде t3 параметр снизился критически, до 1,53±0,40, что указывало на нарушение капиллярного кровотока в полости носа.

Заключение. При анализе полученных данных установлено, что в ходе экспериментального исследования от периода к периоду наблюдалось снижение значений колебаний кровотока, что свидетельствовало о нарастании застойных явлений в слизистой оболочке полости носа. Однако в периодах t1 и t2 эти изменения были незначительными и не имели характер статистически достоверных изменений. Стоит отметить, что в периоде t3 наблюдалось снижение величины параметра, что свидетельствовало о нарушении капиллярного кровотока в полости носа.

Исходя из полученных результатов следует, что при использовании пневмотампона «Эпистоп–3» в средний баллон устройства рекомендуется вводить не более 10 мл воздуха объема шприца, так как большее введение объема воздуха может привести к расстройствам гемодинамики слизистой оболочки полости носа.

ГИПЕРТРОФИЯ ТРУБНОЙ МИНДАЛИНЫ. СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ПРОБЛЕМА?

Ильинский С.Е. *, Рощектаева Ю.А. **
*Медицинский центр «ЛОР-Практика», Алматы, Казахстан
**ТОО «Атлант-Мед», Алматы, Казахстан

Актуальность. В настоящий момент в системе PubMed зарегистрировано малое количество публикаций по теме гипертрофии трубной миндалины – всего 6. В связи с этим возникают вопросы: есть ли проблема гипертрофии трубных валиков? Как правильно идентифицировать эти образования – стоит говорить о гипертрофии трубных валиков или трубной миндалины; существует ли данная проблема до хирургического вмешательства (аденотомии) или возникает после; каковы причины данной патологии, как она себя проявляет клинически; каковы методы диагностики и нужно ли с этим что-то делать и как?

Цель исследования: оценить частоту встречаемости гипертрофии трубной миндалины у пациентов после проведенной аденотомии, определить тактику ведения данных пациентов в зависимости от клинических проявлений и степени гипертрофии трубной миндалины.

Клинические наблюдения и методы исследования: В исследовании, посвященном отдаленным результатам аденотомии, было отмечено, что у половины пациентов в послеоперационном периоде сохранялись жалобы в виде храпа, дисфункции слуховой трубы, рецидивирующих риносинуситов. Причиной этих жалоб в 42% случаев являлась гипертрофия трубной миндалины (Kevin S. Emerick, MD; Michael J. Cunningham, MD. Tubal Tonsil Hypertrophy. A Cause of Recurrent Symptoms After Adenoidectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006).

Клинические проявления гипертрофии ТМ не имеют признаков свойственных исключительно данному заболеванию, и могут встречаться при других патологических состояниях после предшествующей аденотомии. Среди них нужно отметить в первую очередь - рецидивирующие острые средние отиты и экссудативный средний отит, а также храп (в т.ч. СОАС), заложенность носа, частые риносинуситы.

Среди объективных методов исследования предпочтение отдается эндоскопическому исследованию носоглотки. Рентгенологические методы исследования (рентгенография, КТ, МРТ) признаны малоинформативными, так как в большинстве случаев не позволяют дифференцировать с рецидивом аденоидных вегетаций. Дифференциальная диагностика гипертрофии трубной миндалины проводится с: аденоидными вегетациями, носоглоточными кистами, новообразованиями носоглотки, хоанальными полипами и мозговой грыжей. Эндоскопическое исследование дополняется прицельной биопсией в случаях необходимости.

Результаты и обсуждение: Проанализировав данные нескольких авторов по состоянию носоглотки в отдаленном периоде после аденотомии, было выявлено, что среди факторов, влияющих на риск повторного роста лимфоидной ткани, а также компенсаторной гипертрофии ТМ имеют значение: оставленная без внимания гипертрофия ТМ во время аденотомии, ранний возраст пациентов на момент первичного хирургического вмешательства, гастроэзофагиальный рефлюкс, лимфатико-гиперпластический тип конституции, перенесенная лимфотропная инфекция (ВЭБ) в послеоперационном периоде, операция, выполненная в период активной иммунной фазы лимфоидной ткани носоглотки, а также - внутриносовая патология, нарушающая вентиляцию полости носа.

Анализ данных литературы по состоянию носоглотки в отдаленном периоде после аденотомии указал на ряд факторов, влияющих на риск повторного роста лимфоидной ткани, а также компенсаторной гипертрофии ТМ. Авторами предлагается диагностический алгоритм, классификация степени гипертрофии трубных миндалин, а также рассматриваются разные варианты хирургической коррекции.

Выводы: Гипертрофия трубных миндалин – проблема, которая бывает причиной жалоб практически в половине случаев обращений после аденотомии. Диагностика гипертрофии ТМ в предоперационном периоде может быть затруднена вследствие крупных размеров ГМ. Необходимо прицельно обращать внимание на зону ТМ во время удаления аденоидов, избегать «слепой» аденотомии. Интраоперационная редукция ТМ обеспечивает наиболее прогнозируемый положительный результат в отдаленном периоде. Введение предложенной классификации могло бы облегчить оценку эффективности проведенного хирургического лечения.

ГРЕБЕНЬ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ – ОБЛАСТЬ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ.

Крюков А.И.[1,2], Царапкин Г. Ю.[1], Товмасян А.С.[1], Кучеров А.Г.[1,2], Федоткина К.М.[1]
[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский Клинический Институт Оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы
(директор – Заслуженный деятель науки РФ, проф., д.м.н. А.И. Крюков)
[2] Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. Современные медицинские технологии позволяют проводить лечение хронического синусита с минимальной травмой «путевых» тканей. Разработанные малоинвазивные методики хирургического лечения хронического гайморита призваны уменьшить риск развития послеоперационных осложнений и сократить сроки реабилитации больных. В арсенале оториноларинголога имеется три методики эндоназальной антротомии: через расширенное естественное соустье, через латеральную стенку полости носа в нижнем носовом ходе и через нижние отделы гребня апертуры по Конфильд-Штурману. Но, необходимо признать, что каждая из методик далеко от совершенства и имеет ряд недостатков, которые возможно решить двумя путями: установлением четких показаний в выборе методики хирургического доступа к верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и разработки новых способов антротомии с учетом принципов молоинвазивности, физиологичнось и безопасности.

Цель работы: разработать оригинальную методику эндоназального хирургического доступа к верхнечелюстной пазухи через через crista conchalis верхнечелюстной кости и сравнить ее безопасность и эффективность у больных с хроническим кистозным гайморитом.

Материалы и методы. На основании векторного анализа КТ-антомии полости носа нами изучена синтопия crista conchalis верхнечелюстной кости по отношению с дистальному концу носослёзного канала и просвета ВЧП нами разработана оригинальная методика эндоназальной антротомии. Основными анатомическими ориентирами в проведении хирургического вмешательства являются край костной апертуры носа, crista conchalis верхнечелюстной кости и передний конец нижней носовой раковины. Первым этапом проводим поднадкостничную гидроотсепаровку слизистой оболочки в области гребня нижней носовой раковины. Затем, на уровне переднего конца нижней носовой раковины, отступя 1-2 мм от края костной апертуры носа проводим вертикальный разрез слизистой оболочки, длиной 1,5-2,0 см. Далее, при помощи распатора обнажаем crista conchalis до места крепления нижней носовой раковины. После этого, направляя бор под углом 30° трепанируем медиальную стенку ВЧП в области гребня нижней носовой раковины. Расширяем антростому до 4-5 мм и вводим жесткий эндоскоп и хирургический инструмент в полость ВЧП. После удаления КВЧП края разреза сопоставляем и фиксируем двумя швами.

Под нашим наблюдением находилось 144 пациента с кистозным поражением ВЧП. сочетающееся с искривлением перегородки носа и гипертрофией нижних носовых раковин. Этот контингент больных составил клиническую группу. Женщин было 69 (47,9%), мужского – 75 (52,1%). Возраст от 16 до 57 лет. Всем больным клинической группы после обследования мы провели эндоназальную микрогайморотомию с вапоризацией стенки кисты гольмиевым лазером, септопластику и нижнюю щадящую конхотомию. В зависимости от примененной методики хирургического доступа к ВЧП в пациенты клинической группы были разделены на четыре подгруппы, сопоставимые по численности, полу и возрасту. В А подгруппе больных (36 человек) удаление КВЧП мы проводили через средний носовой ход. В В подгруппе (36 пациентов) – через гребень грушевидного отверстия по Конфильд-Штурману. В подгруппе С (36 больных)

– через антростому в области нижнего носового хода. У пациентов D подгруппы (36 человек) – цистэктомию проводили по оригинальной методике через трепанационное отверстие в области crista conchalis верхнечелюстной кости.

Безопасность проведенного лечения у больных D подгруппы мы оценивали по контрольному КТ ОПН с векторным измерением антростомы в области crista conchalis верхнечелюстной кости. Эффективность – по данным осмотра с визуалюно-аналоговой оценкой по ВАШ, результатам передней активной риноманометрии (ПАРМ) и ринорезистрометрии (РРМ).

Результаты и выводы. Применение гольмиевого лазера с моделируемой насадкой позволило всем больным клинической групп полностью удалить стенку ретенционной кисты ВЧП. По данным векторного анализа контрольного КТ ОНП больных D подгруппы (n=36) выполненное нами на 3 сутки после лечения нами было установлено, что антростома в области crista conchalis верхнечелюстной кости находится ниже уровня дистального конца НСК на 4,46±0,08 мм, её диаметр равен 4,35±0,11 мм и направлена она в просвет ВЧП относительно медиальной стенки ВЧП под углом 32,42±1,04° ($p<0,05$). Это свидетельствует о безопасности оригинальной методики хирургического доступа к ВЧП через crista conchalis верхнечелюстной кости.

Эндоназальной гайморотомии в области crista conchalis характеризуется индексом травматичности, равный 3 балла по ВАШ, что на 40% ниже антротомии в области нижнего носового хода. По сравнению с хирургическим доступом через средний носовой ход не разрушается остиомеатальный комплекс. При гайморотомии по Конфильд-Штурману развивается ятрогенная недостаточность наружного носового клапана, проявляющаяся патологическим коллапсом на стороне прооперированной ВЧП (ИПВК = 321,55±12,24 мл/с, УУНКК = 28,08±0,07%).

ДЕТСКИЕ ДАКРИОСТЕНОЗЫ

Школьник С.Ф.
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Чебоксары, РФ

Введение. Проблема детских дакриостенозов во многом не эквивалентна одноименной у взрослых. Основные отличия обусловлены тем, что этиопатогенез непроходимости слезных путей во взрослом возрасте очень разнороден и редко связан с какими-либо врожденными аномалиями.

Цель – на основе анализа обращений, данных обследования и проведенного лечения составить представление о структуре дакриопатологии детского возраста.

Материалы и методы. Все лица от рождения до 14 лет, обратившиеся за специализированной медицинской помощью по поводу заболеваний слезоотводящего аппарата глаза, были разделены по следующим показателям и параметрам: возраст, пол, основные жалобы и время их появления, история развития симптомов в результате ранее проведенных лечебных мероприятий, нозологическая структура, изменения, выявленные при эндориноскопии, виды проведенного лечения и его результаты. Также было проведено анкетирование офтальмологов поликлинического звена на предмет их мнения о тактике лечения детских дакриостенозов и их осложнений.

Результаты и выводы. Данные анализа были сведены в таблицы, из которых следует, что наиболее часто за помощью к специалистам-дакриологам обращаются с детьми в возрасте до 1 года. Статистически значимых гендерных различий при этом нет. Жалобы на слезотечение, гнойное отделяемое и слезостояние, по отдельности или в различных сочетаниях превалируют и предъявляются в более, чем 90% случаев. Лишь около 12% родителей считали своего ребенка больным от рождения. Большей частью, первичное обращение по месту жительства происходило в возрасте ребенка 1-2 месяца. При этом чаще других, среди прочих рекомендаций упоминался массаж области слезного мешка и инстилляции дезинфицирующих глазных капель. Особенностью детского возраста является ограниченность диагностических возможностей при этой патологии без использования общей анестезии, поэтому дообследование и лечебные манипуляции проводились одномоментно. Нозологическая палитра включала дакриостенозы и окклюзии устья носослезного протока, изолированные и сочетанные с ними стенозы и атрезии горизонтального колена слезоотводящего тракта разного уровня, дакриодукто- и дакриоцистоцеле, аплазии костного канала, дивертикулы и удвоение слезных протоков. Среди осложненных стенозов, безусловно, доминировало воспаление слезного мешка. Лакримальные свищи различного уровня составляли 3,2%. Нехарактерным для детей оказалось такое осложнение как перидакриоцистит, что, вероятно, обусловлено тонким костным ложем слезного мешка и его легкой перфорацией с образованием внутреннего свища. Вовлечение в воспалительный процесс развитых в этом возрасте клеток решетчатого лабиринта иногда сопровождалось реактивным отеком век. Эта же анатомическая особенность решетчатых пазух в детстве объясняет отличие локализации проекции слезного мешка на латеральной стенке носа, заключающееся в ее частом расположении кпереди от переднего края средней носовой раковины. Естественная для этого возраста узость слезных протоков и носовых ходов, а также тесное предлежание нижней носовой раковины приводят к риску развития дакриостаза и воспалительных явлений в слезных путях. Лечебная тактика выстраивалась в соответствии с тяжестью заболевания, возрастом ребенка, наличием осложнений и сопутствующей патологии. Эффективность консервативных методов в совокупности с пониманием имеющейся вероятности спонтанного выздоровления во всех группах наблюдения составила, по собственным наблюдениям и мнению врачей поликлиник 67%. При постсаккальных стенозах манипуляцией первоочередного выбора является зондирование с последующим

однократным промыванием. Результативность этой процедуры, по совокупным данным, превышает 80% и может выполняться у детей грудного возраста под местной анестезией. Отсутствие положительного эффекта после первичного зондирования, по нашему мнению, является показанием для его выполнения под наркозом с обязательным эндориноскопическим сопровождением и временным, на 1-2 недели, стентированием слезоотводящего тракта. Случаи эпифоры канальцевого уровня предполагают данную тактику уже на начальном этапе. При достижении активного пассажа слезы по естественному или обходному пути оттока, свищи закрывались самостоятельно. При выявлении аплазии носослезного канала и другой патологии с сомнительным прогнозом рутинных вмешательств, формирование обходного пути слезоттока безальтернативно. При этом возрастные ограничения не являются абсолютными.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОЦЕЛЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Капитанов Д.Н., Шелеско Е.В., Зинкевич Д.Н.
ФГАУ "ННПЦН им. ак. Н.Н. Бурденко" Минздрава России, Москва, РФ

Цель. Цель исследования заключалась в определении частоты успешных исходов эндоскопической эндоназальной пластики ликворных фистул основания черепа с удалением менингоцеле, а также анализ рецидивов заболевания. Вторая цель исследования – описание результатов лечения в зависимости от типа, расположения, размеров менингоцеле, а также метода реконструкции дефекта основания черепа.

Материалы и методы. За период с 1999г. по 2016г. пролечено и ретроспективно проанализировано 511 пациентов, проходивших хирургическое лечение в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко с диагнозом назальная ликворея (НЛ). При этом менингоцеле было обнаружено в 215 (42%) случае от всех пациентов с НЛ. Диагноз был установлен до операции и подтвержден во время эндоскопического эндоназального пластического закрытия дефектов основания черепа. Таким образом в анализируемую группу исследования включены все случаи менинго- и менингоэнцефалоцеле, верифицированные во время операции. Во время проведения исследования учитывались: пол, возраст на момент операции, период послеоперационного наблюдения, сопутствующие заболевания, использование люмбального дренажа, этиология дефекта, локализация, тип пластического материала, характер осложнений, а также рецидивы заболевания. Эффективность метода эндоскопического эндоназального удаления менингоцеле с пластикой фистулы мы определяли как отсутствие признаков назальной ликвореи и грыжевого мешка по данным контрольной КТ и эндоскопии, выполненной в отдаленном периоде хирургического вмешательства. Период катамнестического наблюдения составил от 1 мес. до более 5 лет.

Результаты лечения. Всем пациентам была произведена эндоскопическая эндоназальная пластика дефекта основания черепа. Эффективность составила 80% (173 пациентов) при первичных операциях и 83% (35 пациентов) при повторных.

Заключение. Эндоскопическая эндоназальная хирургия является безопасным, эффективным, минимально инвазивным методом лечения менинго- и менингоэнцефалоцеле, позволяющим резецировать грыжевой мешок, восстановить дефект твердой мозговой оболочки и костей основания черепа.

ДИАГОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ЛОР-ПРАКТИКЕ.

Студеный М.Е., Кудрова С.А., Пятигорец О.В.*, Гуров А.В.**
* МЦ Неболит Андреевские больницы, Обособленное подразделение, Троицк, РФ
** РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра оториноларингологии ЛФ; кафедра микробиологии и вирусологии ПФ

Введение. С середины прошлого столетия одними из основных проблемных возбудителей считают представителей так называемых атипичных заболеваний – микоплазмозов и хламидиозов. Сегодня респираторная хламидийная и микоплазменная инфекции вызываемая Chlamydia pneumonia и Mycoplasma pneumonia прочно заняли второе и третье место в спектре возбудителей пневмоний после пневмококка, которые нередко имеют тенденцию к хронизации (74%) и тяжелому течению с летальными исходами (12,9%). Поэтому диагностика атипичных заболеваний верхних дыхательных путей приобретает в настоящее время важное значение.

Из методов диагностики в настоящее время рекомендуется пользоваться методом микроиммунофлюоресценции (МИФ) и иммуноферментным анализом (ИФА). При диагностике респираторной хламидийной инфекции многие клиницисты до сих пор используют критерии Грейстона (Grayston G. T.). Они основаны на результатах реакции по определению специфических антител класса A, M и G. При выявлении специфических антител класса A и M и высоких титров антител класса G или при четырехкратном увеличении титра антител класса G в парных сыворотках можно говорить об острой инфекции. При реинфекции хламидийной инфекции антитела класса M отсутствуют. Но наблюдается быстрое, буквально в течение одной-двух недель, появление антител класса A и G. Или также как при острой инфекции четырехкратное увеличение в парных сыворотках. Оценка эффективности терапии осуществляется по исчезновению антигенного возбудителя, по снижению или исчезновению титра специфических антител. Контрольное исследование следует проводить не ранее, чем через 2-3 месяца.

Целью нашего исследования было изучить частоту встречаемости у взрослых пациентов (возраст от18 до 60 лет) инфекций, вызванных атипичными возбудителями (хламидиями и микоплазмами пневмонии).

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 216 пациентов (возраст от 18 до 60 лет) с 2013 по 2017 гг., обратившихся на прием к ЛОР-врачу или терапевту в МЦ Неболит в г. Троицк (Новая Москва) по поводу рецидивирующих инфекций дыхательных путей. Критерием включения в исследование было наличие проведенного иммунологического обследования, включающего уровень общего IgE, специфических иммуноглобулинов (Ig) A, M, G к Chlamydia pneumonia и иммуноглобулинов IgA, M, G к Mycoplasma pneumonia (Лаборатория Гемотест). Пациенты были поделены на 2 подгруппы. К пациентам 1 подгруппы относились пациенты (148 человек)- 68,52% - обратившиеся на прием ЛОР-врача или терапевта, с упорными жалобами только на стекание слизи по задней стенке в течение длительного (1 месяц и более) времени- так называемый синдром постназального затека (postnasal drip syndrome). К пациентам 2 подгруппы относились 68 пациентов (31,48%), обратившихся к терапевту в связи с заболеваниями нижних дыхательных (бронхит, бронхиальная астма, пневмония, ХОБЛ).

Результаты. Из общего числа обследованных было выявлено 107 человек с аллергическими заболеваниями (46,53 %), с достоверным увеличением уровня общего IgE. Из них с бронхиальной астмой 71 человек (66,36%), сочетание бронхиальной астмы и аллергического ринита 56 человек (52,34%), изолированный аллергический ринит –у 18 человек (16,82%). При обнаружении специфических антител (повышение специфических антител обнаружено у 142 человек) чаще определялись клинически

значимо повышенные антитела к Chlamydia pneumonia (чаще повышенными были IgA и IgG, реже IgM)- у 99 человек (69,72%), у 28 человек (19,72%) были обнаружены повышенные клинически значимые антитела к Mycoplasma pneumonia (чаще сочетание IgM и IgG). У 15 человек (10,56%) определялось сочетание микоплазменной и хламидийной инфекции. Среди пациентов, перенесших бронхиты и пневмонии, частота встречаемости антител к атипичным возбудителям оказалась достоверно выше (34,2%), чем среди тех, у кого в анамнезе не было бронхитов и пневмоний. Также мы получили достоверные различия в частоте выявления антител к хламидийной инфекции среди пациентов с бронхиальной астмой и без бронхиальной астмы (15,34% против 4,45%).

Выводы. Таким образом, на основании проведенных нами исследований можно сделать следующие выводы: диагностика у пациентов с жалобами на длительное стекание слизи по задней стенке глотки, с продолжительным сухим или малопродуктивным кашлем, пациенты с респираторной аллергией и с частыми респираторными заболеваниями должна включать в себя определение титра специфических антител к Chlamydia pneumonia и Mycoplasma pneumonia. Не всем пациентам с повышением титра специфических антител к Chlamydia pneumonia и Mycoplasma pneumonia необходимо соответствующее длительное антибактериальное лечение. Нами отмечается снижение эффективности лечения атипии макролидами в смешанной схеме, хорошую эффективность показывают респираторные фторхинолоны в схеме лечения не менее 2 недель. Учитывая высокую контагиозность атипичных инфекций необходимо обследовать всех членов семьи, в том числе родителей и детей одновременно, даже при отсутствии с их стороны явных жалоб, так как они могут в последующем обсеменять и заражать других членов семьи.

Не леченная атипичная инфекция дыхательных путей утяжеляет течение и развитие основных заболеваний и может привести к атипичной пневмонии.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Мовергоз С.В., Андаров А.А., Эрте Л.В., Горин Д.И.
Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават, Россия.

Актуальность. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – это состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Многие пациенты с СОАС приходят на прием к врачам разных специальностей с такими жалобами как: повышение артериального давления, нарушение ритма сердца, низкая потенция, учащённое мочеиспускание, дневная сонливость, головные боли, храп и т.д. Большинству из них назначается симптоматическая терапия и лишь части пациентов предложена консультация сомнолога для дальнейшего объективного обследования.

Цель исследования. Расширение методов диагностики и лечения СОАС.

Материал и методы. С 2012 года на базе нашей клиники функционирует лаборатория сна, в которую входят: сомнолог, осуществляющий функциональное обследование и CPAP-терапию, ЛОР - хирурги, кардиолог, невропатолог. В 2017 году лаборатория получила аккредитацию в качестве респираторного сомнологического центра. Это первый сомнологический центр в Республике Башкортостан, получивший аккредитацию РОС, подтверждающую соответствие международным и отечественным стандартам. Все пациенты, страдающие храпом и дыхательными расстройствами во сне, проходят определенный объём методов обследования, состоящий из: консультации сомнолога и ЛОР-хирурга, компьютерной пульсоксиметрии или/и кардиореспираторного мониторирования, эндоскопического осмотра верхних дыхательных путей (с проведением пробы Мюллера). С 2013 года в практику обследования внедрён метод слипвидеоэндоскопии, выполняемый ЛОР-врачами в условиях операционной под контролем анестезиологов. Поток пациентов сомнологического профиля в нашем медицинском центре формируется не только из пациентов, самостоятельно обратившихся для диагностики апноэ сна к сомнологу или ЛОР-врачу, но и из пациентов, обращающихся к кардиологам, неврологам и терапевтам.

Мониторирование ЭКГ по Холтеру и комбинированное мониторирование АД и ЭКГ в МЦ ООО «Медсервис» проводятся на мониторах «Кардиотехника» (ЗАО ИНКАРТ, Россия). Только за 2016 год выполнено 1227 мониторирований, из них кардиореспираторных – 189 (15,4%), СМ ЭКГ с реопневмограммой – 796 (64,9%), суточное мониторирование артериального давления (в т.ч. с РПГ) – 242 (19,7%). Из 13 имеющихся мониторов в 7 имеется запись реопневмограммы, которая анализируется в обязательном порядке. Диагностика СОАС проводится на кардиореспираторных мониторах, на которых также возможно комбинированное мониторирование артериального давления вместе с ЭКГ, реопневмограммой, спирограммой и пульсоксиметрией. Компьютерная пульсоксиметрия проводится на аппаратах Pulse OX 7500. В нашей клинике данная методика носит скрининговый характер, с 2010 года проведено 569 исследований. Во всех случаях, у пациентов, направленных на дообследование к сомнологу с выявленными косвенными признаками апноэ во сне, был подтвержден СОАС, чаще средней и тяжёлой степени.

Хирургическое лечение данной категории пациентов проводится на базе ЛОР-отделения. При этом хирургами выполняется весь спектр операций, направленных на коррекцию храпа и СОАС, лёгкой и средней степени тяжести, включая операции на корне языка. В условиях медицинского центра ООО «Медсервис» за 2009 - 2017 год было прооперировано 168 пациентов с данной патологией. При необходимости

хирургической коррекции подвергается одновременно патология полости носа и глотки. В настоящее время обязательным условием в предоперационном периоде является проведение слипвидеоэндоскопии.

Выводы. Врачи разных специальностей недостаточно информированы о влиянии СОАС на здоровье человека и не уделяют его диагностике достойного внимания. В таком случае даже ярко выраженные признаки СОАС остаются не диагностированными и не леченными, что создает опасное для жизни пациента состояние. В этой ситуации создание сомнологического центра с участием врачей разных специальностей создает условия для методически правильного подхода к диагностике и лечению пациентов с СОАС в многопрофильной клинике.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

Шелеско Е.В., Капитанов Д.Н., Зинкевич Д.Н., Черникова Н.А.
ФГАУ "ННПЦН им. академика Н.Н. Бурденко" Минздрава России, Москва, РФ

Введение. Явная назальная ликворея не представляет диагностических трудностей, установить наличие скрытой ликвореи сложно. Ввиду этого возникает две основные задачи: ранняя диагностика с подтверждением наличия ликвореи и точное определение локализации ликворной фистулы с целью планирования дальнейшей хирургической тактики.

Цель. Освещение и сравнительный анализ всех современных методов диагностики назальной ликвореи, обоснование наиболее эффективных и перспективных подходов и алгоритмов.

Материалы и методы. Обзор мировой литературы был проведен с помощью PabMed за период с 1990 по 2014, рассмотрено 68 исследований по изучению 9 методов диагностики и определения локализаций при назальной ликворее. Литературные данные сопоставлялись с собственными результатами применяемых методов диагностики 511 пациентов, проходивших хирургическое лечение в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко с диагнозом назальная ликворея за период с 1999 г. по 2016 г.

Результаты: Для подтверждения диагноза назальной ликвореи используются визуальный тест, симптом «кольца», тест на определение глюкозы, бета-2-трансферрина, бета-trace-протеина в секрете и радионуклидная цистернография. Глюкозный тест является простым, доступным и высокочувствительным методом (80-100%). Однако его низкая специфичность (0-45%) определяет высокий риск ложноположительных результатов у пациентов с травматической назальной ликвореей, сахарным диабетом, воспалительными явлениями верхних дыхательных путей. Определение Бета-2-трансферрина является наиболее надежными тестом, подтверждающим наличие назальной ликвореи, его чувствительность и специфичность составляют 87-100% и 71-100%. Радионуклидная цистернография не рекомендована в качестве рутинного метода вследствие высокой стоимости и инвазивности. Для установления локализации дефекта используют КТ высокого разрешения (КТВР), МР цистернографию (МРЦГ), КТ цистернографию (КТЦГ), эндоскопическое эндоназальное исследование, флюоресцеиновый тест. КТВР первоначально является методом выбора для определения локализации костного дефекта с ликворной фистулой. Так же она дает хирургу информацию об индивидуальной анатомии каждого пациента, позволяя спланировать хирургический доступ. МРЦГ является высокоточным, но более дорогостоящим методом. Ее применение оправдано в случае недоступности или неоднозначности результатов других методов. КТ-цистернография, хотя и имеет более низкую чувствительность и точность по сравнению с другими методами (КТВР и МРЦГ), однако широко используется в диагностике назальной ликвореи до настоящего времени. Флуоресцеиновый тест применяется для подтверждения и локализации ликворной фистулы. Преимуществом является высокая точность, 100% специфичность, диагностика в режиме реального времени при эндоскопическом исследовании и интраоперационно, низкая стоимость. Однако необходимы исследования на более высоком уровне, чтобы разработать наиболее безопасную и эффективную методику применения препарата.

Заключение. При всем многообразии современных методов диагностики назальной ликвореи каждый из них имеет свои преимущества и недостатки, они отличаются друг от друга по чувствительности, специфичности, точности, доступности, стоимости и инвазивности. Учитывая эти данные рекомендовано их сочетание в каждом конкретном случае.

ДИАГНОСТИКА СФЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Пажинский Л.В., Пажинский А.Л.
НИУ Белгородский государственный университет, Белгород, Россия.

Введение. Диагностика сфеноидитов у детей сопряжена с дополнительными обстоятельствами. Основным является отсутствие четких клинических критериев, позволяющих заподозрить наличие патологических изменений. Симптоматика заболевания клиновидных пазух у детей скудная. Родители отмечают из местных признаков заложенность носа, затруднение носового дыхания, гнойный насморк, головную боль.

Воспаление в клиновидной пазухе относится к заболеваниям, которые встречаются гораздо чаще, чем устанавливаются в клинической практике. Трудность его диагностики обусловлена анатомо-топографическими особенностями расположения клиновидной пазухи, склонностью сфеноидита протекать в латентной форме со стертой клинической симптоматикой. Эндоскопическая диагностика затруднительна и сопровождается негативными эмоциями ребенка. Компьютерно-томографическое исследование околоносовых пазух в практике у детей с гипертрофией глоточной миндалины проводится в редких случаях.

Цель исследования. Диагностика сфеноидита у детей с гипертрофией глоточной миндалины.

Материал и методы исследований. В период с 2008 – 2016 года проведено 100 детей с гипертрофией глоточной миндалины в возрасте от 3 до 14 лет. В предоперационном периоде было выполнено исследование состояния околоносовых пазух на компьютерном томографе.

Результаты исследования и их обсуждения. Гипертрофия глоточной миндалины без клинических и эндоскопических признаков воспаления была выявлена у 36% детей. В большинстве случаев, у 64% детей имело место сочетание гипертрофии глоточной миндалины с ее воспалением. При анализе компьютерных томограмм патология околоносовых синусов определялась в тех случаях, когда визуализировалась слизистая пазухи. Следовательно, даже при отсутствии клинических симптомов воспаления в околоносовых пазухах, визуализация слизистой оболочки последних при КТ-исследовании может служить достоверным, ранним признаком воспалительного процесса в пазухах или результатом стойких изменений после перенесенных заболеваний. При рассмотрении томограмм околоносовых пазух отмечено, что только у одного ребенка 4 лет отсутствует пневматизация клиновидной кости. У остальных клиновидные пазухи имели различную степень пневматизации. В результате изучения томограмм установлено, что в 25% случаев у детей с гипертрофией глоточной миндалины имеются изменения в клиновидных пазухах. При этом одностороннее изменение в клиновидной пазухе диагностировано в 20% и двухстороннее в 5% случаев. В большинстве случаев, у данной категории детей, по данным томографии была диагностирована гиперплазия слизистой оболочки других околоносовых пазух и только в 5 случаях, имело место, изолированное поражение клиновидной пазухи. Сфеноидит в младшей возрастной группе (4-7 лет) был диагностирован у 11 детей.

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что у каждого четвертого ребенка с гипертрофией аденоидных вегетаций на основании компьютерно-томографического исследования имеет место воспалительный процесс в клиновидной пазухе. Нами установлено, что характер патологических проявлений в клиновидной пазухе не находятся в прямой зависимости от степени гипертрофии глоточной миндалины. Практически у всех детей, с диагностированным сфеноидитом, установлено воспаление глоточной миндалины. Анализ результатов наших исследований помогает установить механизм возникновение сфеноидита. Наличие хронического очага инфекции в носоглотке приводит к асептическому воспалению в

клиновидной пазухе характеризующаяся утолщением ее слизистой оболочки и скоплением секрета в ее просвете. Компьютерно-томографическое исследование у детей с патологией носоглотки позволяет подтвердить диагноз латентный сфеноидит у детей с гипертрофией глоточной миндалины и выбрать адекватную тактику консервативного и хирургического лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БЕСКОНТРАСТНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СЛЕЗНОГО МЕШКА ПРИ ВЕРБАЛЬНОЙ И ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Ободов В.А.*, Агеев А.Н.**, Дергилев А.П.***, Зыков О.А.*
*АО Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», г.Екатеринбург, Россия
**ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», г.Екатеринбург, Россия
***ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», г.Новосибирск, Россия

Цель: сравнительная оценка практического значения топометрии слезного мешка при вербальном описании результатов компьютерной томографии лицевого черепа (КТ) при дакриоциститах и виртуальной дакриоцисториноскопии.

Материалы и методы. Работа основана на нашем опыте применения КТ без контрастирования слезоотводящих путей (СОП) при обследовании и эндохирургическом лечении 106 больных с дакриоциститами. Контрольная группа – 56 измерений слезных мешков у пациентов без клинических проявлений дакриоцистита. КТ выполнена на мультиспиральных томографах различных производителей (Aquilon-64, Toshiba; BrightSpeed 16, General Electric; Brilliance 64, Philips) с последующей обработкой полученных данных при помощи рабочей станции Extended Brilliance Workspace (Philips) с получением видеозаписей виртуальной эндоскопии. Исследования проводили в режиме спирального сканирования при рекомендуемых характеристиках. Индивидуальная эффективная доза облучения составляла 1,7-2,1 м3в. Реконструкция проводилась с шагом 0,5 мм и формированием двух объемов, отличающихся значениями кернеля конволюции для анализа костных и мягкотканых структур. Перед маркированием СОП устанавливался верхний и нижний пороги плотности выделяемых тканей (от – 15 до +50 ед.Н), что позволяло с помощью пакета «сегментация ткани» выделить в объеме структур лицевого скелета только структуры имеющие плотность, приближенную к жидкости, после чего объем СОП выделялся вручную из всех структур, соответствующей плотности. Таким образом были получены 3D – модели одновременно слезных мешков (СМ) и носослезных каналов, которые демонстрировались на изометрических 3D-реконструкциях для визуальной оценки типа расположения СМ с учетом расположения его модели относительно костей лицевого скелета. Далее в режиме виртуальной эндоскопии модель встраивалась в модель полости носа в эндоскопическом виде. В качестве исходной настройки визуализации выбиралась предустановка рендеринга Lung 2 с последующей корректировкой параметров «окна» модели до визуализации стенок полости носа как прозрачных при сохранении четко прослеживающихся их наружных границ, напоминающих «стеклянные стенки». Подключение визуализации моделей СМ позволяло отчетливо видеть их границы сквозь латеральную стенку носовой полости и «эндоскопически» оценивать соотношение СМ и внутриносовых ориентиров. Одновременно выполнялось и рутинное протоколирование результатов КТ в виде текстового описания, жесткой копии и CD с данными мультипланарной реконструкции в формате DICOM. При описании СМ применялся традиционно используемый порядок вербального описания локализации СМ относительно переднего конца средней носовой раковины (типичное расположение, переднее, заднее). Измерения размеров СМ проводились между наиболее удаленными визуально определяемыми точками их наружных контуров по длинной и перпендикулярным ей средней и короткой осям в приближенных к аксиальной, коронарной и сагиттальной проекциях.

Результаты и их обсуждение. Текстовые протоколы описания данных КТ в части оценки расположения СМ были сопоставлены с протоколами операции эндоскопической дакриоцисториностомии (ЭДЦР) у 45 пациентов. В результате сопоставления протоколов было выявлено, что в 33 случаях (73,3%) имелись расхождения в до – и интраоперационной оценке положения СМ, что требовало коррекции в доступе к СМ. Рентгенологи понимали и описывали проекцию СМ на латеральную стенку полости носа как смещение голотопической проекции геометрического центра СМ относительно переднего и нижнего края средней раковины. Хирурги вариант локализации СМ определяли по месту перехода мешка в носослезный проток, т.к. именно эта зона оптимальна для формирования дакриостомы. В результате неправильного выбора направления смещения (при правильном его значении) повышалась вероятность выполнения дакриостомы не в оптимальном месте. Использование разработанного нами способа предоперационной визуализации с получением видеозаписей виртуальной 4D – дакриоцисториноскопии позволило достоверно представить индивидуальную анатомию интраназальных структур для каждого из пациентов и отчетливо визуализировать фактическое расположение СМ через полупрозрачную латеральную стенку полости носа в соотношении с расширенным перечнем индивидуальных эндоназальных ориентиров, недоступных систематизированному и повторяемому вербальному описанию. Таковыми ориентирами выступали не имеющие названий и непостоянно встречающиеся, но хорошо заметные на видеозаписи виртуальной риноэндоскопии выступы слизистой при переходе хрящевой части перегородки носа в костную, выступы костных структур латеральной стенки полости носа и др.

Появление визуализированных таким образом индивидуальных интраназальных маркеров также расширяло навигационные возможности хирурга-эндоскописта при принятии решения о доступе и способе формирования дакриостомы.

Выводы. 1. Текстовые протоколы результатов КТ в части описания локализации СМ ограниченно применимы в практике планирования ЭДЦР из-за различий интерпретации этих данных в вербальной форме между рентгенологами и хирургами (вследствие отсутствия единой общепринятой классификации).

2. Значения степени смещения проекции СМ на латеральную стенку полости носа относительно переднего края средней раковины разнородны из-за высокой вариабельности её длины и конфигурации. Таким образом, этот симптом не может быть критерием дилатации слезного мешка.

3. Метод виртуальной 4D – дакриоцисториноскопии при дакриоциститах способен обеспечить пред– и интраоперационную визуализацию и навигацию для обеспечения точного выбора зоны формирования дакриоцисториностомы, поскольку исключает субъективный компонент при оценке положения и конфигурации СОП рентгенологом, а также позволяет избегать разночтений, обусловленных отсутствием единой классификации этих изменений. В частности, это обусловлено наличием при 4D – риноэндоскопии не перечисленных в общепринятой анатомической номенклатуре интраназальных ориентиров, отличающихся высокой степенью соответствия отображения и взаимоотношений СОП с интраназальными структурами на видеозаписях этих структур при виртуальной и оптической риноэндоскопии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ ПО КОНЦЕНТРАЦИИ ЛАКТОФЕРРИНА И ИНТЕРЛЕЙКИНА В СЫВОРОТКЕ

Климова И.И., Аристова-Боровикова О.В., Чирикова Т.С.
НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Новокузнецк, РФ

Введение. Заболевания полости носа и околоносовых пазух среди детского населения ежегодно регистрируются у 15 – 30 %. Как острый, так и хронический синусит у детей являются динамичной, многофакторной болезнью, которая, безусловно, трактуется по-разному, в то же время, существует очень мало опубликованных исследований, сравнивающих острый и хронический риносинусит у детей.

В подавляющем большинстве риносинуситы имеют вирусную этиологию. В основе патогенеза синусита лежат явления инвазии патогенной микрофлоры на фоне снижения активности мукозального иммунитета. Одними из важнейших показателей последнего являются лактоферрин (ЛФ) и интерлейкин-8 (ИЛ-8): первый из которых убивает микроорганизмы, а второй мобилизует через систему хемокинов нейтрофилы. К сожалению, нарушения мукозального иммунитета часто рассматриваются в крайне широком аспекте риносинуситов без дифференциации на конкретные нозологические формы.

Параллельное течение аденоидита и синусита образует порочный круг, заключающийся в следующем. Первичное поражение может начаться как со стороны околоносовых пазух (ОНП), так и со стороны глоточной миндалины. В случае первичного острого гнойного синусита патологический секрет транспортируется из пазух непосредственно на глоточную миндалину, которая, в свою очередь, не может не ответить на эту агрессию адекватным воспалением. В итоге синусит приводит к развитию сначала острого, а затем хронического аденоидита. Глоточная миндалина гипертрофируется, блокируя тем самым носоглотку и полость носа. Ухудшение носового дыхания приводит к снижению аэрации околоносовых пазух и, как следствие, ухудшению течения синусита. При первоначальном развитии бактериального воспаления глоточной миндалины создаются более чем благоприятные условия для возникновения синусита.

Цель данной работы: изучение влияния острого и хронического гнойного гайморита на концентрации ЛФ и ИЛ-8 в сыворотке крови у детей.

Для достижения поставленной цели было обследовано 63 ребенка в возрасте от 3 до 10 лет, находившихся на лечении в детском оториноларингологическом отделении МБЛПУ «Зональный перинатальный центр» г. Новокузнецка. В том числе, 44 ребенка с острым гнойным риносинуситом, 12 – с хроническим гнойным риносинуситом, 7 –с сочетанием риносинусита с отитом, аллергическим ринитом, патологией желудочно-кишечного тракта, аденоидитом.

Критерий включения: верифицированный диагноз острого и хронического гайморита, возраст от 3 до 10 лет включительно, наличие письменного информированного согласия об участии в исследовании.

Критерии исключения: возраст младше 3 и старше 10 лет, отказ родителей участвовать в программе. **Контрольная группа** (n=20) сформирована из здоровых детей, поступивших в больницу на плановые операции (септопластика, грыжесечение, крипторхизм и т.д.). Родители всех детей давали письменное информированное согласие на исследование.

Материалы и методы исследования. Всем детям проводился сбор анамнеза, объективные методы исследования, лечение по стандартам. Кроме того в сыворотке крови определяли концентрации ЛФ и ИЛ-8 посредством твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы ЗАО «Вектор-Бест» (Кольцово). Для работы использовали комплекс оборудования и программу Microplate Manager фирмы Bio-Rad (США). При статистической обработке данных для каждой

выборки проверяли гипотезу о нормальности распределения выборки. Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакета прикладных программ биомедицинской статистики InStat-II (Sigma, США). Рассчитывался относительный уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости принимался равным 0,05. Проверка правильности распределения производилось по Колмогорову-Смирнову.

Результаты исследования. При объединении всех форм гайморитов в одну группу, как это практикуется при изучении риносинуситов, отмечается увеличение концентрации ЛФ при неизменном уровне ИЛ-8. Для сочетанных форм острого и хронического гнойного гайморита характерно достоверное увеличение концентраций обоих изучаемых показателей. При этом уровни ЛФ и ИЛ-8 в обеих группах с острой и хронической формой риносинусита не отличаются друг от друга. Концентрации же ИЛ-8 при остром и хроническом гнойном гайморите статистически достоверно ниже, чем при его сочетанных формах (таблица 1).

Таблица 1

Содержание лактоферрина и интерлейкина-8 в сыворотке крови при риносинуситах (M±m).

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

Пояснения: в скобках указано количество обследованных, * - p<0,05 по сравнению с контрольной группой, ** - p<0,05 по сравнению с острым гнойным гайморитом.

Наблюдаемое нами увеличение концентрации ЛФ в сыворотке крови вне зависимости от формы гайморитов можно рассматривать как защитную реакцию, направленную на локализацию патологического процесса. Источником ЛФ в этом случае могут быть нейтрофилы, способные не только синтезировать данный белок, но и накапливать его в специальных гранулах, откуда он может одномоментно высвобождаться, оказывая массированное воздействие на инфекционные патогены.

Выводы: ЛФ является достаточно надежным индикатором воспалительного процесса при гайморитах, независимо от наличия локального или сочетанного патологического процесса. ИЛ-8 с высокой степенью достоверности позволяет различать локальные и сочетанные формы острого и хронического гнойного гайморита. Оба изучаемых показателя могут быть использованы для верификации диагноза риносинусита в качестве дополнительных дифференцировочных критериев.

ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИНСТРУМЕНТА МОБИЛИЗАЦИИ КРЮЧКОВИДНОГО ОТРОСТКА

Красножен В.Н.*, Щербаков Д.А.**, Гарскова Ю.А.*
*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, РФ
**ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, РФ

Поражения верхнечелюстной пазухи (ВЧП) занимают значительное место в практике оториноларинголога (Крюков А.И., 2016).

Цель исследования: провести доклинические исследования инструмента мобилизации крючковидного отростка, как альтернативу баллонной синусопластики.

Материалы и методы: Доклиническое исследование возможностей инструмента мобилизации крючковидного отростка (МКО, патент РФ №167882) в сравнении с баллонной синусопластикой проводили на 10 кадаврах (20 ВЧП). Эндоскопию ВЧП кадавров осуществляли посредством троакара; фиксировались особенности строения ВЧП - воронки, крючковидного отростка, естественного соустья, медиальной стенки и др. Эндоназально вводили разработанный инструмент в средний носовой ход, рабочая часть инструмента вводилась в полулунную щель, проводилось отведение (мобилизация) крючковидного отростка медиально. Затем проводилось бережное удаление крючковидного отростка и передних отделов решетчатого пузыря и передней фонтанелы в области естественного соустья верхнечелюстной пазухи для гистологического исследования на предмет микротравм.

Результаты исследования: При баллонной синусопластике практически во всех наблюдениях имели место повреждения крючковидного отростка, решетчатого пузыря и передней фонтанелы, захватывающие эпителиальную выстилку, собственную пластинку слизистой оболочки, а иногда и подлежащую кость. Эпителий, в лучшем случае, был десквамирован на обширных участках, но чаще подвергался отслойке с оголением подлежащих тканей, структура которых, включая железистый аппарат, также повреждалась. В ряде наблюдений была нарушена целостность кости, вплоть до фрагментации ее отломков. В отдельных случаях в поле зрения определялись лишь разрушенные участки различных тканей крючковидного отростка. При использовании инструмента для мобилизации крючковидного отростка в подавляющем большинстве наблюдений гистологическое строение крючковидного отростка, передних отделов решетчатого пузыря, а также передней фонтанелы в области естественного соустья ВЧП соответствовало норме. Только в единичных случаях имела место очаговая десквамация эпителия, но, в целом, эпителиальная выстилка была представлена неизмененным многорядным цилиндрическим реснитчатым эпителием. В собственной пластинке слизистой оболочки располагались слизистые и серозные железы обычного строения. Подлежащая кость ни в одном из случаев данной группы не была подвержена каким-либо изменениям.

Заключение. Задачей современного ринохирурга является непременное владение всеми вариантами хирургических доступов к ВЧП с целью минимизации интраоперационных рисков и послеоперационных осложнений, обусловленных анатомическими особенностями данного пациента и характером патологического процесса в пазухе. Хирургия ВЧП с доступом через средний носовой ход должна иметь ограниченные показания. Хирургические доступы к ВЧП всё же должны дополняться ревизией среднего носового хода и расширением полулунной щели.

Результаты доклинических исследований инструмента для мобилизации крючковидного отростка инициируют его клиническое применение и разработку четких показаний: 1) concha bullosa средней носовой раковины, сопровождающаяся хроническим риносинуситом в ипсилатеральной группе ОНП; 2) хирургия ВЧП с

доступом через переднелатеральную стенку пазухи или через нижний носовой ход с целью улучшения оттока геморрагического отделяемого в послеоперационном периоде.

ЖИРОВОЕ ТЕЛО ЩЕКИ: ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ДОСТУПАХ

Гольбин Д.А.[1], Ласунин Н.В.[1], Черекаев В.А.[1], Полев Г.А.[2]

[1] Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

[2] Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Для пластики дефектов основания черепа при эндоскопическом чрескрыловидном доступе, как правило, используется слизисто-надкостничный лоскут перегородки носа по Hadad-Bassagasteguy, однако в ряде случаев он может быть недоступен для использования вследствие отсутствия сосудистой ножки, прорастания опухолью или других причин. Жировое тело щеки расположено в анатомически близком регионе и активно применяется для пластики дефектов основания черепа и для реконструкции дефектов верхней челюсти. Целью данного исследования было изучение эффективности и безопасности использования лоскута жирового тела щеки на питающей ножке для эндоскопической пластики дефектов основания черепа.

Материал и методы. Анатомическое исследование было проведено на 12 свежих препаратах головы (24 стороны) с окрашиванием артерий латексом. Была обнажена внутренняя сонная артерия на протяжении от супраклиноидного сегмента до субкраниального. Жировое тело щеки было использовано для реконструкции дефекта основания черепа в области тела клиновидной кости и крыловидного отростка.

Результаты. Забор жирового тела щеки осуществляется путем резекции заднелатеральной стенки верхнечелюстной пазухи через передний трансмаксиллярный доступ. Жировое тело щеки на питающей ножке может быть использовано для облитерации латерального кармана клиновидной пазухи, реконструкции парамедианных дефектов средней черепной ямки, а также для укрывания обнаженной внутренней сонной артерии в верхних отделах ее субкраниального сегмента. Приведены клинические примеры использования лоскута.

Заключение. Жировое тело щеки может быть безопасно извлечено из ложа через тот же самый хирургический доступ без наружных разрезов и косметических осложнений. Этот лоскут приближен к зоне операционного действия при эндоскопическом эндоназальном чрескрыловидном доступе, васкуляризирован, стабилен и прекрасно адаптируется к дефектам любой конфигурации. Он может стать альтернативой абдоминальному жиру при реконструкции центральных дефектов основания черепа. Объем жирового тела щеки позволяет облитерировать клиновидную пазуху или верхние отделы парафарингеального пространства.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ ЛОР ОРГАНОВ.

Крюков А.И.[1,2], Царапкин Г.Ю.[1], Хамзалиева Р.Б.[1], Кучеров А.Г.[1,2], Артемьева-Карелова А.В.[1], Панасов С.А.[1]

[1] ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ Москвы

[2] Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. Заболевания носа и околоносовых пазух — одна из наиболее распространенных патологий верхних дыхательных путей. Росту острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости носа и ОНП способствует сложившаяся в настоящее время неблагоприятная экологическая обстановка, возросшее количество аллергических и респираторных вирусных заболеваний, а также снижение местного и общего иммунитета. По данным статистики, в России синусит переносят около 10 млн. человек в год, а в структуре ЛОР-стационаров данная патология составляет от 15 до 36%.

Цель исследования: получить объективные данные, характеризующие острые и хронические синуситы в структуре общей ЛОР-патологии населения крупного мегаполиса, посредством изучения годовой отчетной документации поликлинического и стационарного звена структуры Департамента здравоохранения города Москвы за период с 1998 по 2015 гг.

Материалы и методы. Изучены годовые сводки и отчеты ЛОР-специалистов амбулаторно-поликлинического звена и стационаров г. Москвы: в амбулаторно-поликлиническом звене – отчеты окружных врачей-оториноларингологов: до 2012 года – 9 административных округов, с июля 2012 года – 12 административных округов; в стационарах – отчеты заведующих отделений: до 2014 г. – 22 стационаров г. Москвы, с 2014 г. – 18 стационарных лечебно-профилактических учреждений г. Москвы. В сводных годовых отчетах окружных ЛОР-врачей мы оценивали общее количество больных с патологией уха, горла и носа, обратившихся в поликлиники или госпитализированных в стационары г. Москвы. В отчетах заведующих отделениями стационаров нами также изучены представленные данные о применяемых методов лечения острых и хронических синуситов в стационаре (пункции верхнечелюстных пазух, трепанопункции, радикальные операции на верхнечелюстных пазухах, радикальные операции на лобных пазухах, гайморотомии, фронтотомии, полипэтмоидотомии).

Результаты. Амбулаторно-поликлиническое звено. В период с 1998 по 2015 гг. в амбулаторно-поликлиническом звене находилось под наблюдением 36885689 пациентов с ЛОР-патологией, из них 547268 с острыми синуситами, 272981 – с хроническими синуситами.

Стационарное звено. Изучив отчеты заведующих ЛОР-отделениями многопрофильных стационаров города Москвы, нами установлено, что за период с 1998 по 2015 гг. было пролечено 510748 пациентов с заболеваниями уха, горла и носа, из них 61462 пациентов – с острыми синуситами, 57194 – с хроническими синуситами, что составляет 12,03 % и 11,2 %, соответственно.

Основываясь на полученных данных по заболеваемости и госпитализации пациентов в стационары г. Москвы, мы также сравнили количество проведенных лечебных манипуляций и хирургических вмешательств на околоносовых пазухах у пациентов с острыми и хроническими синуситами, обратившимися за помощью в ЛОР-стационары города Москвы. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что пациентам, госпитализированным в ЛОР-стационары с острым верхнечелюстным

синуситом, проводилась комплексная терапия, включающая лечебно-диагностические пункции верхнечелюстных пазух, число которых находится на сопоставимом уровне за указанный период наблюдения и составляет 26987,6±453,4 манипуляций в год ($p<0,05$). Общее количество хирургических вмешательств на ЛОР-органах в период с 1998 по 2015 гг. составило 387160, из них гайморотомий – 23122 (5,9 %), в том числе радикальных операций на верхнечелюстной пазухе – 15271 (3,9 %), фронтотомий – 1868 (0,45 %), в том числе радикальных операций на лобных пазухах – 1285 (0,3 %), полипэтмоидотомий – 39304 (10,2 %), трепанопункций – 8127 (2,1 %).

Выводы. В период с 1998 по 2015 гг. в поликлиниках города Москвы число пациентов с хроническими формами заболевания околоносовых пазух находится на одном уровне, равном 15165,6±348,65, что составляет 0,74 % от общего числа пациентов с патологией ЛОР-органов в год ($p<0,05$). В крупных стационарах г. Москвы по данным отчетов заведующих ЛОР-отделениями было пролечено 510748 пациентов с заболеваниями уха, горла и носа, из них 61462 пациентов – с острыми синуситами, 57194 – с хроническими синуситами, что составляет 12,03 % и 11,2 %, соответственно.

Наиболее частыми хирургическими вмешательствами на околоносовых пазухах у пациентов с хроническим синуситом являются полипэтмоидотомия и гайморотомии, составляющие 10,2 и 5,9 % от общего количества операций на ЛОР-органах, соответственно.

ЗНАЧЕНИЕ «ЗОЛОТИСТОГО» СТАФИЛОКОККА ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Добрецов К.Г., Макаревич С.В.
Центр оториноларингологии ФГБУ Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России, Красноярск, РФ

Введение. Полипозный риносинусит - это хроническое заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, имеющее в основе патогенеза воспалительную реакцию, в которой в зависимости от формы воспаления могут доминировать эозинофилы или нейтрофилы. Несмотря на то, что воспаление играет ключевую роль, на сегодняшний день нет единой точки зрения о роли стафилококков, а в частности «золотистого» стафилококка в течение этого заболевания. В последнее время часть исследователей придерживаются так называемой теории «стафилококкового суперантигена», которая предполагает, что колонизация золотистого стафилококка приводит к образованию суперантигенного токсина, который усиливает местное эозинофильное воспаление и образование полипов.

Целью нашего исследования явилось изучение роли «золотистого» стафилококка при хроническом полипозном риносинусите.

Материалы и методы. В Центре оториноларингологии ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России было проведено обследование 69 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом в возрасте от 18 до 70 лет. Все пациенты поступали в стационар для проведения планового оперативного лечения (полисинусотомии). Срок заболевания у пациентов не превышал 5 лет, ранее операции по поводу полипоза не проводились. Перед операцией всем пациентам проводилась бактериологическое и иммунологическое исследование. В группе контроля выступало 45 здоровых добровольцев, которым тоже проводилось бактериологическое и иммунологическое исследование.

Результаты. При изучении роли бактерий у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом было получено, что общее количество бактерий у этой группы больных значительно превышает микробный пейзаж полости носа здоровых людей, 11120000 (6051004- 51650004) КОЕ/мл против 10000 (1160-23000) КОЕ/мл ($p<0,001$). При родовой идентификации бактерий концентрация стафилококков была доминирующей в обеих группах – 2131001(1600000-4520002) КОЕ/мл у пациентов с полипозом и 10000 (300-11000) КОЕ/мл у здоровых людей. При видовом изучении у здоровых людей более высокий титр показывал S.epidermidis 1000 (100-100)КОЕ/мл, что соответствует норме. У пациентов с полипозом большинство бактерий рода стафилококка были представлены S.aureus 500000 (400000-3500000) КОЕ/мл и S.epidermidis 500000 (120000- 1000000) КОЕ/мл. Несмотря на то, что большинство бактерий были представлены стафилококками, при видовой оценке микроорганизмов в целом у пациентов с полипозным риносинуситом доминирующем являлись St.pneumonia 10000000 (500000-7000000)КОЕ/мл и M.catarhalis 10000000 (500000-25000000) КОЕ/мл.

При анализе провоспалительных цитокинов у пациентов с полипозом, было определено, что все исследуемые цитокины (ФНО, ИЛ1, ИЛ6, ИЛ8) были повышены по сравнению со здоровыми людьми. Это, бесспорно, связано с выраженной воспалительной реакцией заболевания. Было также отмечено, что наиболее интенсивно увеличился ИЛ8 – 45 (25-110)пг/мг, против 5(2-8)пг/мг у здоровых людей ($p<0,01$). ИЛ8 обладает выраженными провоспалительными свойствами, вызывает экспрессию молекул межклеточной адгезии и усиливает прилипание нейтрофилов к эндотелиальным клеткам и субэндотелиальным матричным белкам. Выраженное повышение уровня ИЛ8 у пациентов с полипозным риносинуситом свидетельствует о роли нейтрофильного воспаления в заболевании. Уровень IgE у пациентов с полипозным риносинуситом значительно выше, чем у здоровых людей. Так

концентрация у больных была 94 (17-165) МЕ/мл (норма от 0-100 МЕ/мл), против 7(3-10) МЕ/мл у здоровых (p<0,001). Известно, что активность этого иммуноглобулина обусловлена эозинофильным воспалением, которое играет важную роль в хроническом полипозном риносинусите. Для определения влияния концентрации бактерий на уровень воспаления пациенты с полипозным риносинуситом были разделены на три группы в зависимости от роста микроорганизмов – 14 пациентов со скудным ростом (20 колоний, 10х3 ст. КОЕ/мл), 28 пациентов (группа 2) с умеренным ростом (21 до 100 колоний, 10х4 ст. КОЕ/мл.) и 27 пациентов (группа 3) с обильным ростом (более 100 колоний, от 10х4 ст. КОЕ/мл.). У пациентов с хроническим полипозным риносинуситом 2 и 3 группы также доминировали стафилококки, 1960001 (1465051-2321001) КОЕ/мл и 4730002 (3020002- 9020002) КОЕ/мл, соответственно. Однако, в отличие от общей группы, у пациентов с полипозным риносинуситом имеющих обильный рост микроорганизмов (3 группа) наибольшая концентрация была у S.aureus - 3500000 (1000000- 4000000) КОЕ/мл, как в видовой идентификации, так и среди всех микроорганизмов. При изучении провоспалительных цитокинов достоверной взаимосвязи с ростом колоний у пациентов с полипозным риносинуситом получено не было. Во всех трех группах у пациентов с полипозным риносинуситом все исследуемые цитокины (ФНО, ИЛ1, ИЛ6, ИЛ8) были равномерно увеличены. Однако уровень IgE в группах с разным ростом культуры был различный. Так, максимальный он был у пациентов с полипозным риносинуситом 1 группы (со скудным ростом культуры) – 150 (45-310) МЕ/мг, а минимальным в 3 группе (с обильным ростом) – 34 (16-117) МЕ/мг (p<0,01). Это свидетельствует о том, что у тех пациентов, где определяется обильный рост микроорганизмов (за счет активности S.aureus) влияние эозинофильного воспаления на заболевание снижалось, и, наоборот, при скудной обсемененности полости носа активность эозинофильного воспаления была максимальной.

Заключение. Таким образом, при изучении микрофлоры у пациентов с полипозным риносинуситом было выявлено, что рост их повышен за счет грамположительных микроорганизмов, преимущественно стафилококками. Наибольшее число бактерий было представлено St.pneumonia и M.catarhalis, а у стафилококков - S.aureus и S.epidermidis. Все изучаемые провоспалительные цитокины (ФНО, ИЛ1, ИЛ6, ИЛ8) были повышены, что свидетельствует о наличие выраженного воспалительного процесса при полипозе. При распределении больных на три группы в зависимости от степени обсемененности было определено, что доминирующем являлись также стафилококки. Отличием явилась лишь преобладание S.aureus во 2 и 3 группах. Это свидетельствует о том, что в группе с обильным ростом культуры у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом наибольшее значение играет S.aureus («золотистый» стафилококк). Причем определена обратная зависимость уровня IgE от уровня обсемененности слизистой оболочки полости носа. Это подтверждает то факт, что чем выше титр обсемененности полости носа, тем ниже активность эозинофильного воспаления. Это опровергает теорию «стафилококкого суперантигена», при котором эозинофильное воспаление должно увеличиваться при активности золотистого стафилококка.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что у 39% пациентов (3 группа) с полипозным риносинуситом доминирующем является не эозинофильное, а бактериальное или нейтрофильное воспаление, которое связанно с выраженной бактериальной обсемененностью полости носа. Роль «золотистого» стафилококка и других бактерий на течение полипоза наталкивает на необходимость использования антибактериальных препаратов при лечении хронического полипозного риносинусита.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДОСТУПА К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ

Карпищенко С.А., Зубарева А.А., Баранская С.В., Карпов А.А.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, РФ

Введение: Среди всех вмешательств на околоносовых пазухах лидирующую позицию занимает антростомия. В настоящее время на смену традиционным подходам пришли эндоскопические операции, включающие резекцию крючковидного отростка, верхнечелюстную антростомию и эндоскопическую медиальную максиллэктомию. В настоящее время наиболее предпочтительным и часто выполняемым хирургическим методом лечения воспалительных поражений верхнечелюстной пазухи является трансназальная эндоскопическая средняя антростомия. Хотя этот подход и обеспечивает общую хорошую визуализацию оперируемого синуса, средняя антростомия не во всех случаях позволяет проводить эндоскопическое обследование всей пазухи даже при использовании угловой оптики.

Для того чтобы улучшить доступ к верхнечелюстной пазухе и избежать чрезмерной травматизации, связанной с чрезмерным расширением естественного соустья или входа в пазуху через клыковую ямку (при использовании классических подходов), были предложены различные малоинвазивные модификации медиальной максиллэктомии с сохранением носослезного канала. Среди них, прелакримальный подход к верхнечелюстному синусу, первоначально предложенный Zhou et al. Прелакримальная выемка может быть областью особых трудностей. Преимущества использования прелакримального подхода включают обеспечение широкого доступа ко всем стенкам верхнечелюстного синуса, сохраняя при этом носослезный канал и нижнюю носовую раковину. Перед интраназальными вмешательствами и, в особенности, ревизионными, имеет значение по серии трехмерных срезов выяснить отношение нижней носовой раковины, носослезного канала к полости носа и верхнечелюстной пазухе. Это позволяет выявить на каком протяжении нижняя носовая раковина блокирует общий и нижний носовые ходы и определить локализацию носослезных путей. Для диагностики патологии околоносовых пазух используются лучевые методы исследования. Золотым стандартом является компьютерная томография. К высокотехнологичному лучевому методу относится цифровая объемная томография, выполняемая на трехмерном рентгеновском компьютерном томографе. Конусно-лучевая компьютерная томография позволяет исследовать анатомические структуры лицевого отдела головы, выявить положение, форму, размеры, строение и получить цифровое трехмерное изображение околоносовых пазух.

На кафедре оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова более 10 лет активно применяется доступ к верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход. При этом однозначно отнести этот подход к прелакримальному не всегда верно. Соустье накладывается вне слезных путей, но при этом носослезный канал может проходить как кпереди, так и кзади от неосоустья. Для идентификации носослезных путей и прогнозирования места наложения соустья с верхнечелюстной пазухой используется предоперационная компьютерная томография и интраоперационная визуализация выводного отверстия носослезного канала и створки Гаснера. Особое значение отдается тщательному анализу томографических сканов и измерению ключевых ориентиров.

Цель исследования. Оптимизация операционного доступа с использованием данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 50 конусно-лучевых компьютерных томограмм пациентов с хроническими верхнечелюстными синуситами, оперированными в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Мы выполняли векторные и угловые измерения аксиальной, сагиттальной и

фронтальной плоскостях трехмерного изображения. Проводились следующие измерения: расстояние между дном полости носа (небным отростком верхней челюсти) и выводным отверстием носослезного канала (расстояние 1) (рис. 1); расстояние между апертурой носа и выводным отверстием носослезного канала (расстояние 2) (рис. 1); расстояние между дном полости носа и дном верхнечелюстной пазухи (расстояние 3) (рис. 2); угол между нижней и медиальной стенками верхнечелюстной пазухи (рис. 2).

В исследование были включены пациенты мужского и женского пола в возрасте от 18 до 56 лет с острым полисинуситом. Всем пациентам на догоспитальном этапе была выполнена КЛКТ на трехмерном компьютерном томографе 3D Galileos/Galaxis, Sirona. Были выявлении изменения в проекции верхнечелюстных пазух, зона естественного соустья была интактной – по данным компьютерной томографии патологических изменений не выявлялось.

Результаты и обсуждение. При анализе количественных данных; между правой и левой сторонами были выявлены выраженные отличия. У одного и того же пациента выявлялись различия исследуемых показателей справа и слева, с максимальной дельтой: расстояние 1 – 2, 94 мм (диаграмма 1); расстояние 2 – 5,92 мм (диаграмма 2); расстояние 3 – 4,15 мм (диаграмма 3); угол – 53,2□ (диаграмма 4). Относительно дна полости носа локализация дистального конца костного отдела носослезного канала не зависит от пола и возраста пациента и находится на глубине 29,26 мм от края костной апертуры и на 19,00 мм от дна полости носа.

Выводы. Знание анатомических ориентиров и их анализ по данным конусно-лучевой компьютерной томографии позволяет хирургу определить наиболее оптимальный (минимально инвазивный) доступ к верхнечелюстной пазухе. Доступ через нижний носовой ход позволяет нивелировать сложности и манипулировать в области дна синуса под эндоскопическим контролем, а четкое представление о месте расположения носослезного канала минимизирует вероятность его повреждения.

ИЗМЕНЕНИЯ НОСОВОГО ЦИКЛА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕКОНГЕСТАНТОВ И ТОПИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ

Шиленкова В.В., Федосеева О.В.
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ; Ярославль, Российская Федерация

Актуальность. Известно, что патологические процессы в полости носа (деформация перегородки носа, гипертрофический и вазомоторный риниты, острое респираторное заболевание и прочие заболевания), а также действие некоторых интраназальных лекарств, нарушают течение носового цикла (НЦ), что лишает мерцательный эпителий способности к адекватному функционированию (Eccles R., 1978; Шиленкова В.В., 2008; Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2010; White D.E. et al., 2017). Оториноларингологи ежедневно сталкиваются в своей практике с назначением терапии острого риносинусита (ОРС) – одного из наиболее распространенных заболеваний ЛОР органов. Неотъемлемой частью такого лечения становится использование препаратов, улучшающих носовое дыхание и снимающих отек слизистой оболочки (Савватеева Д.М., Свистушкин В.М., 2016). Поэтому многие ринологи находятся в поиске средств, которые, обладая данным действием, не оказывали бы негативного влияния на функционирование мерцательного эпителия.

Цель исследования – провести сравнительную оценку влияния топических деконгестантов и глюкокортикостероидов (ГКС) на НЦ у взрослых лиц, страдающих острым риносинуситом (ОРС).

Клинические наблюдения и методы исследования. Основой наблюдения явились данные длительного мониторинга носового дыхания в течение 16-18 часов (среднее время наблюдения составило 17,20±0,80 часов), исключая период ночного сна, с помощью ринофлоуметра «Риноцикл» у 40 взрослых – 20 мужчин 18-71 года (средний возраст – 43,90±2,81 лет) и 20 женщин 18-70 лет (средний возраст – 42,95±2,79 лет), страдающих ОРС и не имеющих субъективных и объективных признаков патологии со стороны других систем, вредных привычек, а также иных заболеваний ЛОР-органов. Все обследуемые лица методом случайных чисел были разделены на две группы по 20 человек, причем в каждой было одинаковое количество мужчин и женщин. Пациентам группы 1 спустя 6 часов после начала записи НЦ было предложено сделать по 1 впрыскиванию деконгестанта (использовался 0,1% раствор ксилометазолина) в каждую половину носа. У пациентов группы 2 использовался спрей ГКС (в данном исследовании - мометазона фуроат в дозировке 100 мкг в каждый носовой ход).

Результаты исследования представлялись в виде графиков флюктуаций относительного объемного потока (ООП) воздуха, проходящего через полость носа в течение определенного времени, в относительных единицах (ОЕ). Построенные зависимости оценивались по классификации Л.Л. Державиной (2002), в соответствии с которой выделяли классический и неклассический НЦ. К последней разновидности относятся частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ, односторонний НЦ и двусторонний флюктуирующий НЦ. По характеру флюктуаций ООП определялась принадлежность НЦ к той или иной разновидности до и после приема топических деконгестантов и ГКС. По среднему значению ООП, длительности периодов колебаний воздушного потока, времени от момента использования лекарства до первых изменений графика и их продолжительности проводилась сравнительная оценка влияния интраназальных препаратов на функционирование слизистой оболочки полости носа. Полученные в ходе исследования данные статистически обрабатывались с помощью вычислительных компьютерных программ MO Exel, Statistica 10.0 в среде WINDOWS.

Результаты и их обсуждение. До использования пациентами интраназального спрея в группе 1 чаще регистрировались двусторонние флюктуации воздушного потока (4 мужчин, 4 женщины, всего 40%), реже наблюдался частично совпадающий, частично

флюктуирующий (3 мужчин, 3 женщины, 30%) и классический НЦ (2 мужчин, 2 женщины, 20%). У 1 мужчины (5%) фиксировались нецикличные колебания ООП. Односторонние флюктуации были зарегистрированы у 1 женщины (5%). В группе 2 в большинстве случаев наблюдались двусторонние флюктуации ООП (4 мужчин, 3 женщины, 35%). Частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ регистрировался в 30% наблюдений (2 мужчин, 4 женщины), односторонний флюктуирующий НЦ – у 10% пациентов (1 мужчина, 1 женщина). Классические колебания ООП фиксировались у 2 мужчин и 2 женщин (20%). У 1 мужчины (5%) флюктуации воздушного потока носили нецикличный характер. Средние значения ООП для правой и левой половин полости носа у пациентов обеих групп не носили достоверных различий. ООП в среднем в группе 1 составил 74,26±0,19 ОЕ у мужчин и 59,43±1,15 ОЕ у женщин, в группе 2 – 73,30±0,74 ОЕ и 58,29±0,17 ОЕ соответственно, различия между группами недостоверны ($p>0,05$). Среди пациентов групп 1 и 2 присутствовали лишь половые различия в показателе ООП и продолжительности одного периода колебаний. Так, средняя длительность флюктуаций у мужчин группы 1 составила 183,45±7,11 минут, у женщин – 234,61±9,11 минут ($p<0,05$). В группе 2 данная величина была равна 199,30±8,86 минут у мужчин и 261,83±10,71 минут у женщин ($p<0,05$), различия между группами недостоверны ($p>0,05$).

После использования интраназального спрея в группе 2 как у мужчин, так и у женщин НЦ не изменил своей видовой принадлежности. Среди пациентов группы 1 чаще встречались частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ (4 мужчин, 3 женщин, 35%) и нециклические флюктуации (4 женщины, 3 мужчин, 35%). В 20% случаев (2 мужчин, 2 женщины) фиксировались двусторонние флюктуации, в 10% наблюдений (1 мужчина, 1 женщина) – односторонние. Классические колебания не были зарегистрированы ни у одного испытуемого группы 1. После инсталляций топических средств ООП достоверно вырос в обеих группах, сохранив половые различия. Его величина в группе 1 оказалась несколько выше таковой в группе 2, однако, данные различия статистически не значимы. ООП в среднем в группе 1 составил 91,64±0,85 ОЕ у мужчин и 69,36±1,59 ОЕ у женщин, в группе 2 – 83,45±2,42 ОЕ и 65,78±1,17 ОЕ соответственно ($p>0,05$).

Установлено также, что эффект от мометазона фуроата наступал позднее (через 38,6±1,24 минут), чем при использовании деконгестантов (через 17,85±0,18 минут) ($p<0,05$). Однако, длительность действия интраназального препарата в группе 2 (10,30±0,29 часов у мужчин, 10,70±0,26 часов у женщин) была почти в 2 раза дольше, чем в группе 1 (5,90±0,21 часов у мужчин, 6,20±0,22 часов у женщин) ($p<0,05$), затем показатели ООП приобретали исходные значения, половые различия недостоверны ($p>0,05$). Кроме того, инсталляции топических ГКС не влияли на характер флюктуаций воздушного потока, а лишь достоверно сокращали их продолжительность – до 112,79±7,96 минут у мужчин и до 129,60±5,45 минут у женщин ($p<0,05$), половые различия недостоверны ($p>0,05$). В группе 1 использование деконгестантов, наоборот, приводило к удлинению периодов колебаний ООП до 293,15±10,07 минут у мужчин и до 298,70±5,45 минут у женщин ($p<0,05$), половые различия недостоверны ($p>0,05$).

Выводы. У большинства мужчин и женщин с ОРС регистрируется нерегулярный НЦ. Инсталляции интраназальных деконгестантов и ГКС достоверно улучшают носовое дыхание. Использование интраназальных ГКС, в отличие от деконгестантов, при статистически значимом увеличении ООП и несколько позднем начале действия не оказывает существенного влияния на течение НЦ.

ИЗМЕРЕНИЕ РН СЕКРЕТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И НАЗАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОДБОРА ОПТИМАЛЬНОГО РАСТВОРА ДЛЯ ГИГИЕНЫ И ЛЕЧЕНИЯ

Субботина М.В., Казанцева Е.Д., Казанцев А.Ю.
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», Иркутск, РФ

Актуальность. Для санации носа новорожденных на сегодняшний день применяются разные солевые растворы. Их pH не всегда известен и должен соответствовать кислотности слизистой оболочки носа младенцев. Данные о нормальном значении pH слизи носа детей противоречивы, по сведениям отдельных авторов (И.А Тихомирова, 2008) pH носового секрета составляет 5.5-6.5. Если pH больше 6,5, то снижается активность ресничек мерцательного эпителия. Кислотность носового секрета у новорожденных ранее не изучали.

Цель. Определить pH носового секрета новорожденных и основных препаратов, использующихся у них эндоназально, с целью подбора оптимального раствора для гигиены и лечения.

Материалы и методы. Нами проведена оценка pH носового секрета 30 новорожденных с помощью тест-полосок универсальной индикаторной бумаги lach:ner (Чехия). Состояния, с которыми дети находились в роддоме: период адаптации 16 (53%), неонатальная желтуха 3 (10%), токсическая эритема 3 (10%), крупный плод и кровоизлияния в кожу лица – 2 (6,7%), врожденная косолапость, дефект межжелудочковой перегородки, кефалогематома, перелом ключицы по 1 (3,3%). Из них было 18 мальчиков, 12 девочек. В срок родилось 23 ребенка, до 38 недель – 7 детей. Носовое дыхание у всех было нормальным по данным риногигрометрии (запотевание шпателя, поднесенного к носу), и по данным риноскопии патологии не определялось. Измерения проводили с соблюдением этическим норм. Измерение pH назальных капель проводили с помощью тех же тест-полосок.

Результаты. Значение pH равное 6 было выявлено у 21 младенца (70%), pH было равно 5 у 5 детей (17%), нейтральное значение pH = 7 было отмечено у 4 (13%) новорожденных. Средние данные pH получились равными 6,0±0,5. Значение pH физиологического раствора натрия хлорида 0,9% оказалось равным 6, изотонического раствора морской воды Маример – 6, детских капель для младенцев 0,01% оксиметазолина - 6, комбинированных сосудосуживающих капель (виброцил) - 6, гипертонического раствора соли 2% - 6, раствора морской воды (сиалор аква) – 6.

Выводы. 1. pH секрета слизистой оболочки носа новорожденных детей составляет 6,0±0,5. 2. Наиболее оптимальным средством для гигиены носа у младенцев является физиологический раствор и изотонические растворы морских солей, pH которых соответствуют pH носовой полости новорожденных. pH сосудосуживающих капель для лечения ринита у новорожденных также физиологичен.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ НОСОГЛОТКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПО МИКРОБНЫМ МАРКЕРАМ

Андриянова И.В.[*], Казакова О.Э., Вахрушев С.Г., Каширцева И.А**
[*]ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет, Красноярск, РФ
** КГБУЗ "Красноярская межрайонная детская больница №4", Красноярск, РФ

Введение. Слизистые оболочки открытых полостей представляют собой единую систему микроорганизмов, живущих в виде биопленки и обеспечивающих их колонизационную резистентность, способную защитить макроорганизм от патогенной флоры и развития воспаления. Изучение микробной эндоэкологии человека, позволяет несколько по иному взглянуть на микробиоту верхних дыхательных путей у детей. В том числе это связано с тем, что влияние многих факторов окружающей среды, характерных для современной цивилизации, привели к изменению в эволюционно выработанной системе взаимоотношений между организмом хозяина и его микробиотой. В связи с этим, микробиоценозы различных систем человека находятся в состоянии динамического равновесия с изменяющимися условиями внешней среды. Внедрение современных, молекулярных методов исследования состава различных биотопов, позволяют выявить трудно культивируемые микроорганизмы. Однако для адекватной оценки результатов этих исследований, необходимо тщательное изучение не только патологических биотопов - биопленок, но и микробиоты носоглотки у здоровых детей. По данным I. Brook и А.И. Извина с соавторами в носоглотке в условиях физиологической нормы содержится сотни микроорганизмов, большинство из них – это бактерии, но вирусы и грибы так же присутствуют почти всегда. Среди бактерий встречаются как аэробы, так и анаэробы. Однако из-за трудности диагностики анаэробной флоры она редко учитывается в клинической практике, возможно именно этот факт приводит к рецидивирующему течению инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. При оценке экологии слизистой оболочки верхних дыхательных путей (ВДП), в большинстве случаев невозможно провести четкую границу между сапрофитной и патогенной флорой. В исследованиях I. Brook показано, что, как у здоровых детей, так и у детей с различной патологией глоточной миндалины, на слизистой оболочке носоглотки и в полости носа определяется как аэробная, так и анаэробная флора, не отличающаяся по качественному составу от состава микробиоты здоровых детей, однако у здоровых детей численность условно-патогенных микроорганизмов была достоверно ниже. На сегодняшний день доказано присутствие гемолитических и негемолитических стрептококков, микрококков, эпидермальных стафилокков, нейссерий, дифтероидов, псевдодифтерийных бактерий, вейлонейлл, бактероидов, актиномицет, сапрофитических трепонем, микоплазм у здоровых детей. Но их роль в патогенезе воспалительных заболеваний носоглотки до конца не ясна. Так же спорным остается вопрос об их деятельности у здоровых детей, не страдающих хроническим аденоидитом.

Целью нашей работы было: охарактеризовать видовую структуру микробиоты носоглотки здоровых детей в разных возрастных группах по результатам масс-спектрометрии микробных маркеров.

Материал и методы. Нами обследовано 90 условно здоровых детей в возрасте от 3 до 12 лет, поступивших в Красноярскую краевую детскую больницу и в детское хирургическое отделение городской больницы № 20 города Красноярска на плановые операции (грыжесечение, орхипексия). Всем детям без признаков хронического аденоидита проводились углубленное клиническое и параклинические обследования, исследование микробиоты носоглотки проводилось с использованием метода масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ). Все пациенты, были разделены на 3

возрастные группы, соответствующие трем периодам развития иммунитета I группа: 3-5 лет, II - дети 6-7 лет, III: 8-12 лет.

Результаты. Используя метод МСММ, оказалось возможным установить по мазкам из глубоких отделов носа наличие маркеров микроорганизмов, принадлежащих к 45 таксонам. Из полученных результатов следует, что наряду с культивируемой флорой этот метод позволяет выявить некультивируемые микроорганизмы микроэкологического статуса слизистой оболочки носоглотки. По результатам анализа маркеров микробного сообщества относительно здоровых детей (n=90), в разных возрастных группах (n=30) обнаружено, что качественный и количественный состав микробиоты значительно зависят от возраста. При анализе средних значений, в младшей возрастной группе определяется минимальная колонизация микробами при наименьшем разнообразии видов в слизистой оболочке. Наибольшее общее число микроорганизмов и их наибольшее разнообразие характерно для пациентов II возрастной группы с 5 до 7 лет, когда глоточная миндалина является «вакцинной лабораторией» и оказывает значительное влияние на формирование адаптивного иммунитета. Для детей III возрастной группы характерно большое разнообразие микроорганизмов при сравнительно небольшом их общем числе. В каждой группе присутствовали дети, у которых определялись *Clostridium ramosum,* при этом у большинства обследуемых они отсутствовали. Это означает, что у детей не имеющих клинических признаков воспаления верхних дыхательных путей имеет место полимикробный состав микробиоты, среди которых 45 видов аэробов, анаэробов, актинобактерий грибов и вирусов из исследуемых 56 таксонов. Этот факт можно объяснить процессом сукцессии – закономерной сменой одного микробиоценоза другим в определенном возрастном периоде. На сегодняшний день доказано, что для анаэробных микроорганизмов формирование ассоциаций с аэробами, позволяет находить защиту от вредных последствий воздействия кислорода. Очевидно, что анаэробные микроорганизмы в условиях биопленки защищены от токсического воздействия кислорода, за счет взаимодействия с кислородопотребляющими аэробами, которые редуцируют естественный уровень насыщенности кислородом. С этой точки зрения, важным диагностическим преимуществом метода МСММ, в сравнении с культуральными методами является то, что в число определяемых маркеров микроорганизмов входят не только те, что находятся на поверхности биопленки, но и находящиеся внутри микробных ассоциаций, из которых химические вещества жизнедеятельности микроорганизмов могут поступать на поверхность. Необходимо отметить, что анализ средних значений микробных маркеров у детей, в различных возрастных группах, не всегда уместен, так как у каждого ребенка всегда определяется проявление индивидуального состава микробиоты и во многом зависит от пищевых привычек, наличия контакта с животными, географическими перемещениями. Поэтому, в ряде случаев за счет анализа средних значений сглаживается участие отдельных представителей микроорганизмов. В тоже время нам удалось выявить, целый ряд микроорганизмов, которые демонстрируют единую тенденцию изменений в зависимости от возраста.

Выводы:1. Использование метода МСММ позволяет оценить экосистему носоглотки, как единый биотоп, с учетом различных видов бактерий, грибов и даже вирусов. 2. Результаты исследования микробиоты носоглотки у здоровых детей по данным МСММ свидетельствуют о наличии сукцессии в количественных показателях видового состава микрофлоры в зависимости от возраста. 3. Исследование микроэкологического статуса методом МСММ позволяет определить индивидуальные свойства микробиоты слизистой оболочки носоглотки в детском возрасте, что позволяет рекомендовать это исследование в клинической практике.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНЫХ НАНОЧАСТИЦ В РИНОЛОГИИ

Добрецов К.Г.*, Столяр С.В.**
* Центр оториноларингологии ФГБУ Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России, Красноярск, Россия
** Институт физики ССО РАН, Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр СО РАН», Красноярск, Россия

В последнее время отмечается заметная активность в исследованиях, направленных на поиск новых материалов, изучении путей и возможностей их применения в медицинских целях. Очевидно, что при этом преследуется цель не только удовлетворить академический интерес, связанный с изучением нового материала, но и оценить возможности и перспективы его применения в клинической практике. Такая направленность исследований объясняется тем, что современная фарминдустрия не может в достаточной мере обеспечить потребности практической медицины в лекарственных средствах. Как отмечают аналитики, несмотря на постоянный рост финансирования научных работ, нацеленных на получение новых веществ (препаратов) с использованием различных методов химического и биологического синтеза, количество разрабатываемых новых лекарств, тем не менее, постоянно уменьшается. В частности, библиотека создаваемых новых химических соединений пополняется в среднем на 150000 образцов в год. В тоже время реальное количество вновь синтезированных веществ, претендующих на роль потенциальных лекарственных средств, за последнее десятилетие значительно снизилось и составляет менее чем один препарат в год на одну компанию. Вероятно, по этой причине усилия специалистов самых разных областей знаний направлены на изыскание путей и возможностей расширения спектра лекарственных средств за счет новых материалов как естественного, так и искусственного происхождения.

На сегодняшний день стремительно развивающимся перспективным научным направлением являются нанотехнологии. Нанотехнология изучает свойства и возможности практического применения частиц крайне малого размера различной физико-химической природы (кремний, золото, цинк, железо, алюмосиликаты, ферромагнитные и диамагнитные материалы). Такие материалы до недавнего времени были традиционными объектами исследования у специалистов, работающих в областях физики и химии твердого тела, материаловедения, электроники, электрохимии, а основными сферами их практического применения являлись различные технические области. В последние годы весьма активно изучается возможность применения наночастиц в нетрадиционных областях их использования таких, например, как биология и медицина. Широко обсуждаются возможности применения наночастиц, вероятные отдаленные последствия использования нановеществ и биологическая безопасность таких частиц. Этому способствует консолидация усилий специалистов разных научных дисциплин (медики, биологи, биохимики, биофизики, химики, физики). Разработка и применение новых методов лечения и лекарственных препаратов должны, в первую очередь, касаться наиболее важных и актуальных проблем современной медицины. На сегодняшний день не менее 70% всей заболеваемости у человека и 90% всей инфекционной патологии относится к инфекциям верхних дыхательных путей. Лечение этой нозологии представляется одной из основных задач современной оториноларингологии.

Известно, что эффект противобактериального воздействия зависит от уровня концентрации антибиотика в биофазе, то есть в месте локализации возбудителей инфекции. Лекарство распределяется в организме в соответствии со своими физико-химическими свойствами и обычно лишь небольшое количество препарата достигает терапевтической мишени. Возможность достижения антибиотиком очага поражения особенно снижена при внутриклеточной локализации бактерий, а также при

образовании бактериальных биопленок при хроническом риносинусите. Изменить ситуацию с низким потенциалом активности антибиотиков во внутриклеточной среде организма и очагах хронического микробного воспаления может целенаправленная доставка лекарственных средств. При этом следует рассчитывать на увеличение концентрации препарата в очаге и, соответственно, на уменьшение проникновения его в другие ткани и органы, являющиеся мишенями побочного эффекта.

Наночастицы могут обеспечивать пассивно-направленный транспорт лекарств в очаг поражения при инфекциях различной локализации, в том числе в полости носа и околоносовых пазухах. Вместе с наночастицами ассоциированное лекарственное вещество с помощью фагоцитирующих клеток может попадать непосредственно во внутритканевую и внутриклеточную среды. Однако проблема направленного транспорта антибиотиков с помощью полимерных наночастиц ввиду малочисленности, разрозненности и противоречивости фактических данных по фармакокинетике и химиотерапевтической активности к настоящему времени не решена. Для направленного действия антибактериальных средств при воспалительных и репаративных процессах носа и околоносовых пазух целесообразнее использовать магнитные наночастицы, а внешнее магнитное поле - в качестве движущей силы.

Коллективом ИФ СО РАН в течение последних 10 лет проведено многопрофильное изучение магнитных наночастиц ферригидрита, которые были выделены из биомассы и имели биогенное происхождение, а также магнитных наночастиц синтетической природы.

В Центре оториноларингологии ФСНКЦ ФМБА России проведено изучение проникающей способности магнитных наночастиц в ткани носа in vitro. Исследование показало, что воздействие внешнего магнитного поля в течение 20 минут приводит к диффузному распространению наночастиц в слизистую оболочку, хрящевую и костную ткани носа**.** Проведено изучение эффективности использования магнитных наночастиц на воспалительные ткани в эксперименте. В результате у крыс с гнойными ранами было отмечено, что в группе животных, получавших местно наночастицы с ампициллином, раны заживали в два раза быстрее, чем у животных, получавших только ампициллин. Уменьшение воспалительной реакции связано с сохранением антибактериальных и противовоспалительных свойств комплекса наночастица/ампициллин, что положительно влияло на сроки заживления раневых поверхностей. Внутривенное введение магнитных наночастиц лабораторным животным в течение 10 дней не вызвало патологических изменений в паренхиматозных тканях (печени, почках, легких). Также исследован процесс элиминации (вывода) железосодержащих биогенных магнитных наночастиц в организме мышей из области введения после введения различными способами с использованием ЯМР-томографии. Обнаружено, что магнитные наночастицы способны к элиминации из области введения при внутримышечном, внутрибрюшинном и пероральном введении. При внутримышечном и внутрибрюшинном введении время элиминации не превышает 2-х часов, при пероральном введении время элиминации соответствует времени эвакуации содержимого желудочно-кишечного тракта.

Заключение. Таким образом, изучение магнитных наночастиц доказало возможность применение их в качестве адресной доставки лекарственных веществ в пораженные ткани при лечении различных гнойно-воспалительных и раневых процессов, в том числе носа и околоносовых пазух.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА, ГОРЛА И НОСА, ОСЛОЖНЕННЫХ НЕВРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Цурикова Т.В.[1], Скродерис А.А.[1], Кокорина В.Э.[2]
[1]Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная детская клиническая больница», Благовещенск, РФ
[2]Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, РФ

В связи с тем, что в оториноларингологии в последние года наблюдается увеличение сочетанной патологии с неврогенной, возникла необходимость уделить внимание вопросам взаимосвязи ЛОР заболеваний с различными осложнениями со стороны нервной системы. Чувствительные и двигательные расстройства лица, головы и шеи могут встречаться в клинической практике вследствие заболеваний уха, горла и носа и околоносовых пазух. В то же время воспалительные заболевания нервной системы сопровождаются болями в ухе горле, носу, глотке и гортани. На фоне воспаления слизистой оболочки околоносовых пазух болевой синдром определяется системой чувствительной иннервации околоносовых пазух. Ирритации подвергаются периферические рецепторы и волокна ветвей тройничного нерва, как в слизистой оболочке носа, так и в стенках сосудов, снабжающих эти пазухи. При невралгии тройничного нерва наблюдаться отек слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, что подтверждается при рентгенологическом исследовании.

За последнее три месяца в оториноларингологическое отделение поступило 5 детей. Жалобы предъявляли на отек в левой и правой половине лица, верхнего и нижнего века с локализацией боли в глазу, области лба, в темени, затылке проекции гайморовой пазухи. А так как болевой синдром сопровождается ринореей, слезотечением, а на рентгенограмме околоносовых пазух - снижением пневматизации пазух, диагноз при направлении выставляют острый гайморит. Пациенты с диагнозом острый или обострение хронического гайморита, этмоидита, фронтита направляются в ЛОР отделение. Естественно при пункции в гайморовых пазухах в таких случаях содержимого не получали или получали незначительное серозное отделяемое. Сама же пункция провоцирует приступ ярко выраженных болей, которые часто носят характер жгучих, режущих, ломящих рвущих. У взрослых преобладают генерализованные вегетативно-сосудистые пароксизмы смешенного характера, могут развиваться астенические состояния, астенодепрессивные ипохондрические расстройства. У детей часто наблюдается признаки вегетативной дисфункции. Анальгетики не всегда снимают боль. Хороший эффект оказывают фенлиасин, дроперидол, электрофорез на шейный симпатический ганглий, магнитолазеротерапия.

Верхнечелюстной нерв поражается чаще при гайморите, нижнечелюстной при заболевании зубов. Трегиминальная боль бывает при наружных и средних отитах, а также при отоневриноме в случае перехода воспаления на близлежащий Гассеров узел или ветви тройничного нерва. Невропатия лицевого нерва всегда является социально значимым заболеванием, т.к. приводит к грубым изменениям внешности и не всегда излечивается окончательно. Наиболее клинически частой формы невропатии лицевого нерва является его ишемия при герпетическом ганглионите при травмах, опухолях мостомозжечкового угла. В 75% случаев лицевой нерв поражается в нижнем отделе фаллопиева канала после отхождения барабанной струны. Анатомические особенности канала лицевого нерва способствуют возникновении ишемии лицевого нервам при воздействии внешних факторов, вызывающих спазм артериол, питающих лицевой нерв. Возникновение ишемии увеличивает проницаемость стенок капилляров, вызывает отек тканей внутрикостного канала, нарушая отток крови и лимфы, приводит к сдавлению нерва.

Зачастую к ЛОР врачам обращаются больные с жалобами на резкую боль в ухе с иррадиацией в околоушную, теменно-затылочной области, резкую, колющую боль в

горле, гортани, переднебоковой поверхности шеи. Такие больные лечатся по поводу обострения хронического фарингита, евстахиита, а причина - невралгия большого затылочного нерва, заднего ушного нерва, шейный остеохондроз, нарушение кровообращения в вертебробазилярной системе. Назначениененаркотических анальгетиковпри невралгии тройничного нерва относительно эффективно, если заболевание связано с воспалительным процессом. Назначаются препараты фенлипсин, тергетол, дифинин, прегабалин антилепсин, препараты вальпроевой кислоты. Назначается препарат миеглион глицина, обладающий центральным действием на гипервозбудимые нейроны и перефирическим действием, которое способствует ремиелинизации. Большое значение имеет новокаиновые, лидокаиновые блокады рефлексогенных зон, местное применение болеутоляющих средств, электрофорез, рефлексотерапия, ультразвуковая терапия. В случае неэффективности консервативное терапии возникает необходимость в применении хирургических методов лечения: выполняется резекция ветвей тройничного нерва, декомпрессия нервно - сосудистых пучков, корешков тройничного нерва, краниотомии, трепанации задней черепной ямки. Применяется низкоинтенсивное лазерное излучение для лечения невралгии тройничного нерва, обеспечивающая обезболивающий противовоспалительный эффект. Применяемые методы лечения парезов и параличей лицевого нерва базируются на представлениях о туннельной концепции патогенеза заболевания с признаками ведущей роли отека, компрессии и региональных нарушений гемодинамики нервного ствола. Фармакотерапия при шейных невралгиях, невралгиях большого затылочного нерва и позадиушного нерва аналогична, как и при невралгии тройничного нерва. Большинство авторов сторонники ранних физиопроцедур: электрофорез с прозерином, эуфиллином, дибазолом, лидазой, гидрокортизоном с воздействием на область лица воротниковой зоны, импульсные токи низкой частоты на область шейных симпатических ганглиев рекомендуются с первых дней заболевания с целью улучшения региональной гемодинамики. При наличии болевого синдрома воздействуют на аналогичные зоны области лица. Нередко применяется электростимуляция мимической мускулатуры, СВЧ - терапия, УВЧ, ультрафонофорез, гипербарическая оксигенация, акупунктура, мануальные, миопунктуральные воздействия и на локальные гипертонусы мимических мышц. Большое внимание уделяется занятиям лечебной гимнастикой, массажу в первые дни заболевания. Доказана возможность лазерной анальгезии. При воздействии низкочастотного лазерного излучения угнетается проведение импульсов по немиелинизированным волокнам периферических чувствительных нервов, участвующих в передачи процептивной информации. Обезболивающий эффект лазерного излучения применяется при различных клинических формах. Помимо стимулирующего влияния на регенераторные и пролиферативные процессы низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает выраженной противовоспалительное действие. Применяемая в настоящее время симптоматическая терапия лишь подавляет клинические проявления болезни, а не устраняет причину его развития и не предотвращает рецидивов. Необходимы разработки новых методов лечения невралгии тройничного нерва, большого затылочного, позадиушного и лицевого нервов, направленных на симптоматическое и патогенетическое воздействие. Учитывая регенераторное, пролиферативное и противовоспалительное действие низкочастотного лазерного излучения представляется целесообразным использование лазеротерапии в комплексном лечении двигательных расстройств в области головы и шеи.

К ВОПРОСУ О ФИЗИОЛОГИЧНОСТИ ЛАТЕРОКОНХОПЕКСИИ.

Юркин С.А., Воронина Е.Ю.
Тверской Государственный Медицинский Университет, Тверь
ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. В.В. Успенского».

Введение. В настоящее время широкое распространение в ринологии имеет операция – латеропозиция нижних носовых раковин. Однако мы вынуждены были отказаться от этой операции из-за ряда ее негативных последствий.

Цель работы – проследить отдаленные результаты латероконхопексии и эффективность возвращения нижних носовых раковин (ННР) у этих больных в первоначальное положение, а также исследовать в динамике сатурацию кислородом крови при экспериментальном блокировании нижнего носового хода у здоровых людей.

Материал и методы. Обследовано 27 пациентов, перенесших от 3 месяцев до 2 лет назад подслизистую септопластику и двухстороннюю вазотомию ННР с одномоментной латероконхопексией по поводу искривления носовой перегородки и вазомоторного ринита. Все больные предъявляли жалобы на дискомфорт от носового дыхания, чувство нехватки воздуха в легких, постоянное образование слизистых пробок в носу, которые трудно высморкать, нарушение сна. Риноскопически общие носовые ходы были свободны, носовое дыхание не нарушено. Всем пациентам после аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина была произведена медиапозиция ННР, после чего все негативные изменения исчезали. Появлялось чувство удовольствия от носового дыхания, ощущение свободного расправления легких, улучшались эмоциональный фон и качество жизни.

10 здоровым волонтерам в возрасте от 24 до 60 лет исследовали исходный уровень сатурации кислородом крови (СКК) пульсоксиметром МД 300 С1, который составил 98,7%. Затем блокировали нижний носовой ход на всем протяжении введением в него марлевой турунды и определяли СКК через 30 мин., 1 час и 24 часа после введения турунды. Через 30 мин. СКК снижалась до 96,7% ($p<0,1$), через 1 час составляла 97,3% ($p<0,1$), через 24 часа – 97,6% ($p<0,5$), то есть оставалась ниже исходного уровня. Субъективно ощущался дискомфорт от носового дыхания, чувство нехватки воздуха в легких, необходимость делать дополнительные глубокие вдохи и зевательные движения. После удаления турунды из нижнего носового хода перечисленные жалобы исчезали.

Результаты. Полученные результаты позволяют предположить, что рецепторы, обеспечивающие ринопульмональный рефлекс, находятся в задних отделах нижнего носового хода. Г.З.Пискунов и С.З.Пискунов установили, что в переднем отделе носа поток воздуха направлен спиралеобразно назад и вверх по общему носовому ходу. Но так как вектор присасывающей силы направлен вниз, то возможны завихрения потока воздуха под нижние носовые раковины в задних отделах нижнего носового хода.

Выводы: 1. Операция латеропозиция (латероконхопексия) ННР вызывает дискомфорт от носового дыхания, а экспериментальное блокирование нижних носовых ходов уменьшает сатурацию кислородом крови. 2. Латероконхопексия не может быть считаться физиологически обоснованной операцией в полости носа.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА ПРИ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗООТВЕДЕНИЯ

Владимирова Т.Ю., Храппо Н.С., Соловьева Л.В.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России кафедра оториноларингологии имени академика И.Б. Солдатова, Самара, РФ

Введение. По данным литературы патология слезоотведения занимает от 6 до 25% всей патологии глазных болезней. На современном этапе эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия является преимущественным методом лечения данной патологии. В связи с имеющимся тесным анатомо-топографическим взаимоотношением лакримальной и ринологической систем данная операция широко вошла в практику оториноларингологов и офтальмологов. Однако вопросы рецидивирования остаются актуальными. Согласно литературным данным закрытие дакриориностомы наблюдается в 5-10% случаев. Патогенез ее заращения состоит в развитии грануляций соединительной ткани и образования рубцов в области костного отверстия. Среди вероятных причин можно выделить патологию со стороны полости носа и околоносовых пазух, технические сложности, которые приводят к развитию пролиферативного воспаления в области стомы. Существует несколько вариантов медикаментозной профилактики стенозирования дакриориностомы. Наиболее изучено применение митомицина С. В то же время известно противоспаечное действие препаратов на основе гиалуроновой кислоты, реализуемое путем предотвращения адгезии тканей после повреждения на ранней стадии спайкообразования (первые 3-4 дня после выполнения хирургического вмешательства) за счет создания защитного барьера на поврежденном участке. Однако эффективность лекарственных средств на основе гиалуроновой кислоты в профилактике стенозирования дакриоцисториностом исследована недостаточно.

Цель нашего исследования - определить эффективность применения геля Антиадгезин при патологии слезоотведения.

Материал и методы. В оториноларингологическом отделении Клиник Самарского государственного медицинского университета нами обследовано 14 пациентов в возрасте от 23 до 72 лет с жалобами на слезотечение. Стандартный протокол обследования включал осмотр врача оториноларинголога, врача офтальмолога, выполнение канальцевой и носослёзной пробы, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) околоносовых пазух, зондирование слёзных путей с видеоэндоскопией полости носа. По результатам обследования в равной доле (по 50%) диагностирован адгезивный дакриоцистит и заращение дакриориностомы. Всем пациентам была выполнена эндоназальная дакриоцисториностомия, с повторным наложением дакриориностомы диаметром 0,7-0,8 см. Пациенты были разделены на две группы. В основной группе (7 пациентов), сразу после формирования соустья, а также на 3 и 5 сутки после хирургического вмешательства через слезные пути вводился гель Антиадгезин, пациентам группы контроля (7 человек) противоспаечный барьер после проведения операции не использовался. Ожидаемый эффект от использования геля Антиадгезин связан с созданием искусственного временного барьера между поврежденными тканями, что обеспечивает разделение поверхностей в процессе репарации. Результаты оценивались нами на 7 сутки после хирургического вмешательства, а также в отделенном периоде через 1 и 3 месяца. Проводились эндоскопический осмотр полости носа с оценкой сформированной дакриориностомы (включая ее размер) и оценка состояния пациентов по визуально-аналоговой шкале на основании жалоб на слезотечение, слезостояния.

Результаты. Было установлено, что на 7 сутки после операции пациенты обеих групп предъявляли жалобы на чувство дискомфорта в области глаза, слезотечение не беспокоило. При эндоскопическом осмотре различий в сформированном отверстии не

наблюдалось. Через 1 месяц после операции в обеих группах жалоб не было. При эндоскопическом контроле: в I группе отмечалось уменьшение дакриориностомы (диаметр - 0,3 см) в 1 случае (14,3%), в группе контроля аналогичное уменьшение дакриориностомы выявлено в 2 случаях (28,6%). Через 3 месяца после дакриоцисториностомии в основной группе пациенты жалоб не предъявляли, в то время как в группе контроля в 14,3% наблюдений появились жалобы на периодическое накапливание слезы в медиальном углу глаза. При эндоскопии полости носа отмечено уменьшение дакриориностомы в I группе отверстия было в 2 случаях (28,6%), во II группе – уменьшение отверстия оказалось более выраженным (диаметр составил 0,1–0,2 см) и наблюдалось в 4 случаях (57,2% оперированных), у 1 пациента (14,3%) выявлена грануляция.

Выводы. Таким образом, пролонгированное использование противоспаечного барьера в виде геля Антиадгезин в послеоперационном периоде после дакриоцисториностомии улучшает течение репаративных процессов и способствует повышению эффективности хирургического вмешательства.

КЛИПИРОВАНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ АРТЕРИИ В ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКЕ ТРАНСОРАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ

Грачев Н.С., Полев Г.А., Ворожцов И.Н., Авдеева К.С.
ФГБУ «ННПЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, 117997, Москва, Россия

Введение. Хирургические методы остановки кровотечения в полости носа, включая коагуляцию клиновидно-небной артерии, являются методом выбора в ситуациях, когда консервативное лечение не помогает. В некоторых случаях трансназальный эндоскопический доступ к дистальным ветвям верхнечелюстной артерии невозможен вследствие опухолевого процесса в полости носа, крылонебной и подвисочной ямках и/или в верхнечелюстной пазухе. Целью нашего исследования стала разработка нового трансорального эндоскопического доступа к проксимальной части верхнечелюстной артерии в подвисочной ямке с сохранением целостности передне-боковой стенки верхнечелюстной пазухи.

Задачи. Оценить удобство и целесообразность трансорального эндоскопического доступа к верхнечелюстной артерии в подвисочной ямке.

Материалы и методы. Анатомическая часть исследования выполнена на 6 анатомических препаратах (12 сторон). Все препараты были предварительно обработаны с наливкой кровеносных сосудов цветным силиконом. Верхнечелюстная артерия была выделена от уровня глубокого брюшка височной мышцы и ветви нижней челюсти латерально до терминальных ветвей медиально через комбинированный трансназальный-трансоральный эндоскопический доступ с сохранением целостности передне-боковой стенки верхнечелюстной пазухи. Оценивались анатомические взаимоотношения между верхнечелюстной артерией, глубоким и поверхностным брюшками височной мышцы, латеральной крыловидной мышцей и щечным нервом.

Результаты. Вторая порция верхнечелюстной артерии во всех диссекциях была обнаружена в месте перекреста горизонтально-ориентированных волокон латеральной крыловидной мышцы и вертикально-ориентированных волокон глубокого брюшка височной мышцы. Щечный нерв во всех случаях проходил из-за нижнего брюшка латеральной крыловидной мышцы кпереди, располагаясь над ним, перекрещивал его и далее, поворачивая перпендикулярно вниз, располагался по медиальному краю глубокого брюшка височной мышцы. В 10 наблюдениях вернечелюстная артерия располагалась кпереди и латерально от нижнего брюшка латеральной крыловидной мышцы, в 2 наблюдениях она располагалась кзади и медиально (“глубже”) от него, проходя сквозь волокна мышцы. Доступ применен для удаления латерального подвисочного компонента юношеской ангиофибромы основания черепа IIIa и IIIb стадий по Fisch-Andrews как первый этап удаления опухоли у 2 пациентов, что позволило осуществить проксимальный сосудистый контроль и ишемизацию опухоли перед началом трансназального этапа, что, в свою очередь, уменьшило кровопотерю. У одного пациента доступ позволил остановить кровотечение после трансназального эндоскопического удаления местно-распространенной хондросаркомы как альтернатива эмболизации верхнечелюстной артерии, при этом сохраняя в полости носа тугую переднюю и заднюю тампонады; после клипирования верхнечелюстной артерии тампон из полости носа удален и кровотечение не рецидивировало. В одном случае доступ применен для биопсии злокачественного новообразования подвисочной ямки у ребенка 2 месяцев, - в данном случае биопсия наружным доступом в связи с трудной локализацией опухоли оказалась неинформативной, а трансназальный и трансмаксиллярный доступы были невозможны в связи с недоразвитием анатомических ориентиров в полости носа и минимальной пневматизацией верхнечелюстных пазух.

Заключение. Модифицированный трансоральный эндоскопический доступ к

подвисочной ямке применим для выделения латерального компонента доброкачественных новообразований, кровоснабжающихся из бассейна верхнечелюстной артерии (например, ЮАОЧ), для клипирования проксимальной части верхнечелюстной артерии с целью остановки носового кровотечения (в т.ч. после хирургических вмешательств и при наличии тампонады в полости носа и верхнечелюстной пазухи), а также для биопсии злокачественных новообразований крыловидной и подвисочной ямок как альтернатива эндоназальному доступу по Денкеру, трансмаксиллярному и транспалатальному доступам, что особенно актуально у детей до 1 года жизни в связи с гипопневматизацией околоносовых пазух.

КОМПЛЕКСНАЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ОДОНТОГЕННЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Нестерова К.И.[*], Мусиенко А.И.[*], Нестеров И.А.[**], Нестерова А.А.[*]
[*]Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия
[**]ОАО клиника «Медицина», Москва, Россия

Цель: обоснование выбора метода хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 292 пациента обоего пола в возрасте от 19 до 72 лет, у которых в процессе хирургического вмешательства вскрывалась верхнечелюстная пазуха (ВЧП). Из них у 80 пациентов вскрытие ВЧП проводилось в процессе формирования доступа для удаления кисты: классического (по Кальвеллу и Люку), эндоскопического (ФЭСХ) или экстраназального остеопластического с использованием низкочастотного ультразвука (НУЗ) [1].

НУЗ хирургия проводилась в объеме остеопластической операции с удалением кисты верхнечелюстной пазухи ультразвуковыми инструментами экстраназальным доступом модифицированным способом Н.В. Мишенькина. С помощью ультразвуковой резки выкраивали единым фрагментом в области собачьей ямки слизисто-костно-надкостничный лоскут, который не удаляли, а отодвигали в сторону. Размер перфоративного отверстия был достаточным для хорошего обзора пазухи во время вмешательства и обеспечивал возможность использования увеличительной или эндоскопической техники. По окончании операции лоскут укладывали на место, что позволяло сохранить архитектонику пазух, а, следовательно, их аэрацию и функцию мукоцилиарного клиренса. При этом фиксации реимпланта с помощью костной композиции, отвердевающей под воздействием высокой температуры, создаваемой ультразвуковой лопаткой, по методу проф. Н.В. Мишенькина не проводилось [2]. Благоприятные условия для сращения кости обеспечивались гладким срезом и минимальным костным зазором в зоне вскрытия.

У 212 человек нарушение целостности стенки ВЧП произошло во время удаления зуба, из них 175 пациентам проводилось восстановление костной стенки с использованием авторской методики с применением тромбоцитарной плазмы в виде барьерной мембраны [3], а 37 - традиционным методом.

Мы проанализировали течение послеоперационного периода при этих вариантах хирургических вмешательств.

Все пациенты осматривались до операции, на 7 сутки после операции, через 1 и 3 месяца после выписки, проводилась фиброриноскопия, исследование электродвижуей силы и времени сахаринового теста. У пациентов после назальных доступов фиксировали явления катарального и субатрофического ринита; гнойного риносинусита; формирование синехий полости носа. У одного больного могло быть несколько видов осложнений.

У пациентов с детальными доступами эффективность оценивалась путем определения плотности костной ткани до и после оперативного вмешательства (денситометрия).

Результаты и обсуждение. У пациентов с назальными доступами в ВЧП при использовании НУЗ остеопластики катаральные, гнойные и субатрофические изменения слизистой оболочки полости носа отмечались в целом в 4,5 раза реже, чем при традиционном доступе и в 3,8 раза реже, чем при ФЭСХ.

При использовании традиционной техники катаральные изменения в пазухе зафиксированы у 43,4% в течение первых 3 месяцев после операции, гнойный синусит - у 13,3%, субатрофические изменения в полости носа – у 3% пациентов

При ФЭСХ катаральный риносинусит отмечен у трети пациентов, гнойный - у 10% пациентов, субатрофический ринит - у 10% пациентов.

При использовании НУЗ остеопластического подхода катаральный синусит отмечен только у 3,3% пациентов, гнойный - у 10% пациентов, изолированные изменения в полости носа не отмечались.

При дентальных доступах использование тромбоцитарной плазмы проводилось при перфорации ВЧП во время операции удаления зуба с одномоментным устранением дефекта с ушиванием лунки; при извлечении корня зуба в отдаленные сроки (2-3 года) из ВЧП после незавершенной операции удаления и проталкивания зуба, с последующим ушиванием дефекта слизистой альвеолярного отростка; при удалении одонтогенных кист с резекцией верхушек корней, локализующихся в области ВЧП, и последующим ушиванием дефекта слизистой альвеолярного отростка при помощи тромбоцитарной плазмы, без риностомы.

При обследовании через 1 год выявлено, что плотность костной ткани восстановилась после пластики дефекта с использованием тромбоцитарной плазмы у 96% больных, что в 12 раз лучше, чем в группе традиционного лечения.

При этом все функциональные показатели полости носа при вариантах хирургического лечения с полным закрытием дефекта ВЧП были полностью восстановлены, в то время, как при традиционных методах лечения сохранялись снижение электродвижуей силы и удлинение времени сахаринового теста.

Заключение. Варианты хирургического лечения на ВЧП и альвеолярном отростке верхней челюсти с полным закрытием послеоперационного дефекта способствуют восстановлению архитектоники пазухи и функциональных показателей полости носа.

Список литературы.

1. Нестерова К.И., Нестеров И.А., Нестерова А.А. Способ остеопластической ультразвуковой хирургии околоносовых пазух // Патент на изобретение № 2572552 от 20.05.2014, заявка №2014120305, зарег. 11.12.2015
2. Мишенькин Н.В., Драчук А.И., Папулов В.Г. Низкочастотная ультразвуковая терапия и хирургия в оториноларингологии. Новосибирск: НГУ; 1992.
3. Мусиенко А.И., Ивасенко П.И., Мусиенко А.А., Мамаева Ю.А. Способ лечения рецессии десны. // Патент на изобретение RUS 2380052 от 11.10.2006

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНОЙ ФОРМЫ РИНОСИНУСИТА

Добрынин К.Б.
ФГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, РФ

Основной задачей противорецидивного лечения полипозного риносинусита в послеоперационном периоде является достижение длительного безрецидивного периода. В лечебной практике оториноларингологии определяют подходы к оптимальному сочетанию хирургического и терапевтического лечения полипозного риносинусита (ПР). Поиск оптимальных терапевтических методов лечения в последнее которое становится в большинстве случаев определяющим и первостепенным на современном этапе. Противорецидивное лечение полипозно-гнойной формы риносинусита (ПГР) представляется еще более трудной задачей, так как это заболевание сопровождается иммунным дисбалансом, в котором значительную роль играют инфекционные факторы.

Цель исследования. Разработка способа противорецидивного лечения ПГР на основании анализа гемостазиологических и реологических показателей крови, признаков иммунного воспаления по показателям крови, состояния микрофлоры кишечника.

Пациенты и методы исследования. Было обследовано 40 больных ПГР в возрасте от 27 до 60 лет (женщин – 18, мужчин – 22). У всех обследованных больных исключались заболевания, связанные с нарушением гемостаза и реологии крови, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Всем больным проведена диагностическая пункция, при которой было получено гнойное отделяемое в промывной жидкости. Проведено клиническое исследование показателей гемостаза и реологии крови, показателей признаков иммунного воспаления: клинический анализ крови, спонтанная агрегация тромбоцитов (АТ), АТ с 5 мкмоль АДФ, АТ с 0,5 мкмоль АДФ, АТ с эпинефрином, АТ с коллагеном, фибриноген, фибринмономерные комплексы (ФМК), антитромбин III, D – димер, количественный С – реактивный белок (СРБ), интерлейкин – 6 (ИЛ-6), осмотическая резистентность эритроцитов с 0,9% Na Cl, с 0,45% Na Cl, сорбционная способность эритроцитов, состояния микрофлоры кишечника биохимическим экспресс-методом определения протеолитической активности супернатантов фекалия.

Результаты. При анализе клинического обследования больных ПГР выявлены изменения: спонтанная гиперагрегация, гиперагрегация тромбоцитов с АДФ, с коллагеном, с эпинефрином, повышение показателей фибриногена, фибринмономерных комплексов, D – димера, повышение осмотической резистентности эритроцитов, сорбционной способности эритроцитов, повышение показателей количественного СРБ и ИЛ-6, дизбактериоз кишечника разной степени выявлен в 87% случаев. Показатели антитромбина III оставались в пределах нормы. На основании вышеуказанных изменений в послеоперационном периоде (эндоскопическая полипоэтмоидотомия) на 1-е сутки проводилась локальное внутрипазушное озонирование в различных кратных применениях до чистой промывной жидкости. В последующем проводилась внутривенная озонотерапия (0,9% Na Cl – 200,0) – 4 процедуры. Одновременно назначался дезагрегант теотард ретард (теофиллин) по 200 мг 2 раза в сутки и пробиотик бифиформ по 1 капсуле 2 раза в сутки в течении 14 дней. Повторный курс комплексного противорецидивного лечения проводился через 6 месяцев. Контрольная группа составляла 20 больных ПГР, которой проводилось традиционное лечение (антибиотики, антисептики, симптоматическое лечение). При сроках наблюдения 4 года в основной группе рецидив отмечен у 3 больных (7,5% случаев), которым был проведен повторный курс лечения по предложенному способу.

В контрольной группе рецидив наступил у 6 больных (30% случаев). Гемостазиологические и реологические показатели крови после проведенного противорецидивного лечения нормолизовались или приблизились к нормальным показателям по разным параметрам.

Выводы. Разработан комплексный способ противорецидивного лечения полипозно-гнойного риносинусита на основании выявленных изменений состояния гемостаза и реологии крови, признаков иммунного воспаления, состояния микрофлоры кишечника, как провоцирующих факторов риска рецидивирования.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ) В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Дроздова О.А. [**], Наумов С.Ю. [*], Чистякова Ю.Н. [*]
[*]СПб ГБУЗ ГБ№40, Санкт-Петербург, РФ
[**]ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт- Петербург, РФ

Актуальность: анатомическое строение верхней челюсти, а именно, близость верхушек корней зубов к нижней стенке верхнечелюстной пазухи, обуславливает частое возникновение воспалительных изменений в гайморовой пазухе при заболевании зубов. Изучение КТ-признаков одонтогенных гайморитов необходимо для своевременного выявления данной патологии и выбора тактики лечения.

Цель: выявить КТ-признаки одонтогенных гайморитов, оценить эффективность КТ в выявлении и оценке апикальных периодонтитов, выяснить действительно ли патология верхнечелюстной пазухи встречается чаще у пациентов с заболеваниями зубов.

Материалы и методы: ретроспективно были проанализированы данные КТ 504 пациентов, обратившихся в КДЦ СПб ГБУЗ БЦ№40 с жалобами на затруднение носового дыхания и наличие отделяемого из носа. У всех пациентов в анамнезе было посещение стоматолога в течение года. Всем пациентам было выполнено КТ-исследование околоносовых придаточных пазух на 16 срезов МСКТ фирмы (Siemens) или на дентальном КТ с последующим построением мультипланарных и объемных реконструкций. Полученные КТ-данные проанализированы и сопоставлены с данными мировой литературы.

Результаты: по данным КТ-исследования у 32,4% - патологических изменений верхнечелюстных пазух не выявлено, у 29% - изменения в области верхушек зубов и верхнечелюстных пазухах, у 20,6% - изменения в верхнечелюстных пазухах, 18% - изменения в области верхушек зубов.

Выводы: КТ является эффективным методом исследования для выявления патологии верхнечелюстных пазух. КТ-исследование с последующим построением мультипланарных и объемных реконструкций прекрасный инструмент для верификации диагноза одонтогенного гайморита и выявления этиологического фактора воспалительного процесса, что необходимо для выбора тактики лечения.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ

Наумов С.Ю., Наумов Е.С., Афлитонов М.А., Чистякова Ю.Н.
СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург, РФ

Актуальность. Распространенность одонтогенного синусита (ОС) составляет 12-40% от структуры хронического риносинусита. Являясь первично хроническим риносинуситом, он трудно поддается консервативному/ оперативному лечению и часто устойчиво рецидивирует. Распространенность ОС по нашим данным составляет до 80% структуры хронического рецидивирующего риносинусита. В настоящее время отсутствуют четкие стандарты верификации одонтогенности процесса.

Цель: разработать комплекс стандартизированных критериев верификации одонтогенного синусита. Разработать протокол консервативного лечения пациентов с ОС.

Материалы и методы. Пациенты были разделены на две группы на основе наличия/отсутствия критериев ОС. Первая группа n=595 пациенты с хроническим гнойным риносинуситом (без уточнения этиологического фактора), получающие терапию в соответствии с стандартами оказания помощи по профилю оториноларингология, 2-я группа - n=245 пациенты с хроническим ОС (уточнение генеза ОС на основе разработанных нами критериев), получающие терапию в соответствии с разработанным протоколом консервативного лечения пациентов с ОС. Используемые критерии ОС: наличие микробного воспаления структур ородентальной области, наличие осложнений заболеваний ородентальной области, наличие точек разряжения (остеита) в ородентальной и синоназальной области по данным КТ ОНП, наличие верифицированного риносинусита и др. Каждому из признаков присваивался коэффициент значимости от 10 до 50. При сложении коэффициентов и получении суммы больше 40 синуситу присваивался индекс одонтогенности синуситов (Index of odontogenic sinusitis OSI). Пациенты 2-й группы получали лечение с учетом модифицированного протокола терапии ОС.

Результаты. Использование индекса OSI позволило в 98,7% случаев точно поставить диагноз ОС. Применение принципов лечения ОС позволило снизить срок лечения с 14,6 до 11,6 к/д. Разработан протокол ведения пациентов с ОС: 1. Санация ОПН ежедневными пункция ВЧП или постановкой постоянного дренажа полихлорвиниловым катетером с многократным (от 3 до 5-6 раз в сутки) промыванием ВЧП растворами антисептиков или местных антибиотиков. 2. При развитии одонтогенного гемисинусита или полисинусита наложение ЯМИК катетера по стандартной схеме, введение антисептиков и местных антибиотиков при проведении ЯМИК процедуры обязательно. 3. Назначение ирригационной терапии физиологическим раствором с добавлением небольшого количества 3% H2O2 (в разведении 1:20), ежедневное выполнение перемещения лекарственных средств по Пройетцу (ПЛСП). 4. Антибиотиками выбора при лечении ОС являются фторхинолоны, которые назначаются в адекватной дозировке на срок не менее 10 суток. При наличии положительной динамики, но сохранении симптомов заболевания возможно продление сроков антибактериальной терапии до 14 дней (препараты второй линии - это прикрытые полусинтетические пенициллины и цефалоспорины). 5. Смена антибактериальной терапии при ее неэффективности должна проводится только по результатам микробиологического исследования отделяемого. 6. В отличие от риногенного синусита в случае ОС требуется назначение не только секретолитических и секретомоторных препаратов, но и муколитических, в сочетании с Фенспиридом. 7. Местная и системная иммунокорригирующая терапия. Процент выздоровления составил 83,6% при использовании данного протокола у пациентов 2-й группы. Процент выздоровления в первой группе составил 54,3% при использовании стандартных, рекомендованных протоколов лечения.

Выводы. Использование индекса OSI позволяет в 98,7% случаев точно поставить диагноз ОС. Применение модифицированного протокола ведения пациентов с ОС, позволяет значительно повысить эффективность консервативного лечения.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Царапкин Г.Ю.
ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии имени Л. И. Свержевского» ДЗ г. Москвы, Москва, РФ

Актуальность. Лечение перфораций перегородки носа (ППН) – одна из сложных проблем практической оториноларингологии, которая требует от врача определенного опыта, сопряжено с объективными трудностями и не всегда является эффективным. Разработанные методики имеют хирургическую направленность и не лишены авторского субъективизма. Вопросы консервативного лечения освещаются крайне скудно и искусственно выносятся за рамки решения проблемы восстановления целостности ПН.

Целью работы явилось повышение эффективности консервативного лечения ППН посредством разработки методики, включающей септальное шинирование с возможностью длительного направленного лекарственного воздействия на поврежденные ткани ПН.

Материалы и методы. Изучение типовых особенностей септальных дефектов мы проводили с 2006 по 2012 гг. у 67 пациентов с ППН, обратившихся за консультативной помощью ГБУЗ МНПЦ оториноларингологии (женщин - 41, мужчин – 26 в возрасте от 16 до 57 лет). На основании клинико-эндоскопической картины и результатов гистологического исследования состояния тканей, окружающих ППН, нами было определено 4 формы ППН: интактная (невоспаленная), субатрофичная, эрозивно-язвенная и смешанная. Смешанная форма ППН нами была отмечена у 42 (62,7%) больных, субатрофичная – у 9 (13,4%), эрозивно-язвенная - у 12 (17,9%), интактная – у 4 (6%) пациентов. Особенностью эрозивно-язвенного повреждения тканей ПН заключалось то, что при гистологическом изучении 54 биоптатных препаратов в 100% случаев гистологическая картина соответствовала активному тканевому воспалению с явлениями поверхностного некроза. При гистологическом изучении тканей, взятых из субатрофичных локусов септального дефекта, в 37 (72,5%) случаях тканевое воспаление носило умеренный характер, фиброзная дегенерация отмечена в 51 (100%) исследованиях. Нами разработана оригинальная методика консервативного лечения ППН, которую мы применили у 31 больного, а 36 больных получали традиционное лечение заболевания. В зависимости от вида консервативного лечения больных нами было выделено две группы. В I группе мы применили традиционное симптоматическое лечение СП. Во II группе нами использована оригинальная, патоморфологически обоснованная методика лечения ППН, включающая в себя превентивное септальное шинирование и дифференцированное лекарственное воздействие. Срок наблюдения составил от 1 года до 3 лет.

Результаты. В I группе больных локальные изъязвления и эрозии слизистой оболочки в области септального дефекта зажили в 19 (53,8%) случаях, тогда как во II группе восстановление поврежденных тканей достигнуто у всех 31 пациента ($p<0,05$). При этом срок лечения (время достижения клинического эффекта) в I группе составил 18,3±1,49 суток, во II группе – 12,5±0,72 дней ($p<0,05$). Длительный срок наблюдения за больными позволил нам оценить продолжительность периода ремиссии заболевания, который в I группе составил 36,1±9,13 суток. У 2 пациентов II группы мы добились стойкую ремиссию. В остальных случаях безрецидивный период составил 142,5±12,81 дня.

Выводы. Таким образом, предложенная нами оригинальная методика консервативного лечения септальных дефектов показала свою клиническую эффективность в сравнении с общепринятой методикой лечения данного контингента больных.

КОНТУРНАЯ ТУРБИНОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА.

Царапкин Г. Ю., Артемьева-Карелова А.В., Горовая Е.В.
ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ, Москва, РФ

Актуальность. Вазомоторное и гипертрофическое поражение нижних носовых раковин наиболее частые заболевания носа, с которыми приходится сталкиваться оториноларингологу в своей рутинной хирургической практике. Хирургическое лечение данной патологии призвано уменьшить объем раковины, вследствие чего увеличивается просвет общего носового хода и улучшается носовое дыхание. Конхотомия зарекомендовала себя, как эффективная методика уменьшения объема увеличенной нижней носовой раковины с хорошо прогнозированным результатом. Результат проведенной подслизистой вазотомии проявляется отсрочено, при этом, в некоторых случаях, эффективность ее крайне низкая, что ведет к повторному хирургическому вмешательству, но уже с более обширным объемом. Таким образом, выбор хирургической тактики при вазомоторном рините остается актуальным вопросом в практической оториноларингологии и требует дальнейшего изучения.

Цель работы: повышение эффективности хирургического лечения хронического вазомоторного ринита посредством разработки оригинальной методики пластики нижних носовых раковин.

Задачи:

1. Изучить анатомические особенности строения нижних носовых раковин, проявляющиеся во время проведения подслизистой вазотомии, у больных с хроническим вазомоторным ринитом.
2. Разработать оригинальную методику турбинопластики с учетом интраоперационных особенностей строения нижних носовых раковин и сравнить ее эффективность с классической вазотомией у больных с хроническим вазомоторным ринитом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 166 пациентов с искривлением перегородки и хроническим вазомоторным ринитом. Всем больным мы провели септопластику с шинированием перегородки носа и подслизистую вазотомия нижних носовых раковин. При выполнении вазотомии нами было установлено, что у 110 пациентов при сопоставлении краев разреза сформированный лоскут слизистой оболочки медиальной поверхности раковины при натяжении кпереди характеризовался избытком ткани. На основании этих данных нами была разработана оригинальная методика «контурной» турбинопластики, которая включала резекцию избыточного объема слизистой оболочки нижней носовой раковины, сопоставление краев разреза с последующим наложением фиксирующих швов (Патент на изобретение №267524 «Способ лечения вазомоторного ринита путем контурной пластики нижних носовых раковин»). Данная методика была применена у больных клинической группы. В зависимости от характера интраоперационных находок, выявленных при проведении вазотомии, всех больных мы разделили на две группы: в I клиническую группу вошло 110 больных, у которых при вазотомии был сформирован лоскут слизистой оболочки с избытком ткани; во II клиническую группу вошло 56 больных, у которых после вазотомии избытка слизистой оболочки нижних носовых раковин не было. В зависимости от способа хирургического вмешательства на нижних носовых раковинах в I клинической группе было выделено две подгруппы: в I-A подгруппе (55 больных) мы провели «контурную» турбинопластику; в I-B подгруппе (55 человек) – традиционную подслизистую вазотомию. Эффективность проведенного лечения оценивали по результатам передней активной риноманометрии на 5, 14 и 30 сутки.

Результаты. У пациентов I-А подгруппы: на 5 сутки СОП = 426,32±16,91 см^3/с, на 14 сутки - 587,43±15,61 см^3/с, на 30 сутки - 632,22±23,5 см^3/с. В I-В подгруппе на 5 сутки СОП= 313,87±27,44 см^3/с, на 14 сутки - 412,46±0,18 см^3/с, на 30 сутки - 507,71±17,42 см^3/с. У больных II клинической группы: 5 сутки СОП = 302,18±45,80 см^3/с, на 14 сутки - 448,39±0,21 см^3/с, на 30 сутки - 614,44±17,42 см^3/с.

Выводы.

1. Вазомоторное поражение нижних носовых раковин интраоперационно может характеризоваться анатомическими особенностями, которые проявляются избытком слизистой оболочки её медиальной поверхности, что необходимо учитывать при проведении вазотомии.

2. Оригинальная методика турбинопластики нижних носовых раковин у больных с хроническим вазомоторным ринитом позволяет восстановить носовое дыхание на ранних сроках после хирургического лечения, которое характеризуется увеличением СОП на 37,8%.

Таким образом, оригинальная методика «контурной» турбинопластики может быть рекомендована для хирургического лечения больным с вазомоторным ринитом, проявляющимся избытком слизистой оболочки нижних носовых раковин.

КТО ДОЛЖЕН ЛЕЧИТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ (ХД): ЛОР-СПЕЦИАЛИСТ ИЛИ ОФТАЛЬМОЛОГ?

Ходжаев Д.Х.
КЛМГ «ШИФО НУР КУЗ», Ташкент, Узбекистан

В 2.4% случаев у пациентов, обратившихся к офтальмологу с жалобами на слезотечение, устанавливается диагноз ХД. Во время предоперационного обследования ринопатологии (РП) обнаруживаются у 87-90% больных. РП усложняют эндоназальную эндоскопическую дакриоцисториностомию (ЭДЦР), а в некоторых случаях делают его невозможным. Следует отметить, что производить операции ДЦР наружным доступом при наличии РП не рекомендуется.

В клиниках с узкой специализацией офтальмолог вынужден отправить пациента к ЛОР-специалисту для устранения лор патологий, а затем только производить ДЦР. Необходимость дополнительного обследования и производства операций в другой клинике неудобно, а также не выгодно для пациента.

Цель. Повышение эффективности лечения пациентов с ХД с сопутствующей РП путем организации скоординированной работы офтальмолога и ЛОР-специалиста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 59 больных с ХД. Из них 10 пациентам ранее была выполнена ДЦР наружным доступом. Средний возраст составил 39.9 лет. У 49 больных воспалительный процесс имел односторонний, у 10 пациентов двухсторонний характер. В среднем давность процесса составил – 3.9 лет. При постановке диагноза производился: наружный осмотр, биомикроскопия, тест Ширмера, промывание слезных путей, МРТ и КТ околоносовых пазух, контрастная дакриоцистография и эндоскопия полости носа. Диагностическая риноскопия осуществлялась на рабочем месте ЛОР-враче фирмы «CHAMMED» (Ю. Корея), хирургия ринопатологий и ДЦР производилось с использованием видео системы и шейверной установки фирмы «ЭЛЕПС» (Казань, Россия). Для производства разрезов мягких и костных тканей применялся диодный лазер «ЛАХТА-МИЛОН» (Санкт-Петербург, Россия).

Было установлено, что у 47 пациентов (79.6%) присутствовали РП, такие как: искривление перегородки носа (49.1%), гипертрофический ринит (25,4%), буллезная гипертрофия средней слизистой оболочки средней носовой раковины (5.1%), поллинозы (30.4%). Жалобы на затрудненное носовое дыхание отмечалось у 58.5% больных. У 12 (20%) пациентов патологии носа не наблюдались. Следует отметить, что у пациентов с рецидивом ХД в 8 из 10 случаев перегородка носа была искривлена в сторону оперированного глаза. При эндоскопии визуализировалась полное прилегание искривленной перегородки к латеральной стенке носа, а области предполагаемого соустья был образован рубцовый конгломерат, нарушивший слезоотведение.

В случаях сочетания ХД с РП объем вмешательства определялся совместно с ЛОР-специалистом и операции (риносептопластика, парциальная резекция носовой перегородки, радиохирургия гипертрофированной слизистой носовых раковин и т. д.) производились одномоментно с ЭДЦР. Произведено 69 операций ЭДЦР. В сформированный канал интубировался микродренаж (МД), который удалялся в сроки от одного до 6 месяцев. Назначались дезинфицирующие и противовоспалительные препараты в виде капель в оперированный глаз и в виде аэрозоли в полость носа. Так же назначалось ежедневное проведение «носового душа».

Результаты. В некоторых случаях в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось не удобное положение МД относительно глазного яблока, которое легко устранялось подтягиванием узла со стороны полости носа. Пациентам ежемесячно производилась санация полости носа и созданного соустья. МД снимался только в том случае, если вокруг соустья отсутствовали признаки воспаления и грануляционная ткань. Проходимость слезно-носового соустья была достигнута у 91,5% пациентов. У 5

(8,5%) пациентов с наличием рецидивирующего процесса была произведена реоперация.

Выводы. Для минимизации сроков постановки диагноза и повышения эффективности лечения пациентов с ХД необходима совместная работа офтальмолога и ЛОР-специалиста во все сроки наблюдения.

ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННЕЙ АТРЕЗИИ ХОАН У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО ХОАНАЛЬНОГО СТЕНТА

Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.
ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, РФ.

Введение. Врожденная атрезия хоан — внутриутробная аномалия, формирующаяся на 6-12 неделе гестации, и связана с неполной резорбцией носонебной мембраны. В дальнейшем, из-за сохранившейся мембраны отмечается сближение задних отделов сошника и боковой поверхности полости носа. Врожденная двусторонняя полная атрезия хоан - редкая патология и встречается, по данным разных авторов, с частотой один ребенок на 5-10 тысяч новорожденных. При этом двусторонняя атрезия хоан встречается чаще, чем односторонняя, в соотношении 2:1. Лечение врожденной полной костной атрезии хоан только хирургическое. Хирургический подход у новорожденных только эндоназальный с эндоскопическим контролем со стороны ротоглотки с применением назального бора и микродебридера. Процесс рубцового заращения является очень актуальным при работе с данной патологией. Для предотвращения рубцового заращения во вновь сформированные хоаны вводятся назальные стенты. В разных клиниках в разное время разработаны различные по конструкции носовые стенты. Чаще всего – это устройства, представляющие собой термопластическую трубку, которую помещают на различное время в носовую полость после формирования хоаны. Однако данные устройства обладают существенными недостатками: ненадежность крепления в полости носа не позволяет установить устройство на продолжительный срок для окончательного формирования просвета хоан после устранения атрезии. Также существующее крепление стента при помощи шелковой нити, которую обвязывают вокруг головы ребенка. Недостатком этого крепления является неудобство в использовании, особенно для новорожденных, а также ненадежность его фиксации в полости носа.

Целью нашего исследования явилось: повышение эффективности хирургического лечения при двусторонней полной атрезии хоан у новорожденных и внедрение в практику разработанного устройства для предотвращения рубцового заращения просвета хоан у новорожденных.

Материалы и методы: Мы разработали и внедрили в практику устройство для предотвращения рубцового заращения просвета хоан у новорожденных (патент № 2614936 от 30.03.2017), которое позволяет добиться стойкого положительного результата и не обладает вышеперечисленными недостатками, а также позволяет формировать проксимальную часть индивидуально по форме и размеру носоглотки. Наше новое устройство выполнено в виде двух трубок с перемычкой, на концах которых имеются кольцевые фиксаторы. Обе части выполнены с изгибом 140-170 градусов посередине. Эта конфигурация позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, за счет вышеуказанных формы и перемычки; за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки.

Результаты. С 2002 г. в нашей клинике прооперировано 40 детей с врожденной полной костной двусторонней атрезией хоан. С 2010 г. с применением нового стента прооперировано 20 детей (50%). Рубцовое стенозирование при применении предыдущей методики стентирования отмечалось в 7 случаях из 20 (35%). Рубцовое стенозирование при применении новой методики отмечалось в 1 (5%) случае из 20, что потребовало повторной установки стента большего размера. Детям, у которых имелся

стойкий положительный результат, повторные операции были проведены в плановом порядке по достижению 6-9-летнего возраста, так как размер наложенных в младенчестве хоан не обеспечивал дыхательных потребностей подросшего организм.

Выводы. Конфигурация стента позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, за счет вышеуказанных формы и перемычки; за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки. Все эти факторы повышают эффективность хирургического лечения новорожденных детей с полной двусторонней атрезией хоан.

МЕАТОПЛАСТИКА – НОВЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗОВ УСТЬЯ НОСОСЛЕЗНОГО ПРОТОКА

Атькова Е.Л., Краховецкий Н.Н., Ярцев В.Д.
ФГБНУ «НИИ Глазных болезней», Москва, РФ

В настоящее время наблюдается повышение интереса офтальмологов и ринологов к проведению функциональных операций при коррекции сужений слезоотводящих путей – дакриостенозов. Это отчасти объясняется развитием эндоскопических технологий, а также связано с бóльшим понимаем анатомии и физиологии слезных органов. В то же время, клиническая эффективность малоинвазивных вмешательств, проведенных при дакриостенозах на уровне устья носослезного протока, недостаточно высока. Нами разработан принципиально новый подход к хирургической коррекции таких состояний, заключающийся в иссечении избытка ткани в области устья носослезного протока и пластическом формировании нового соустья – меатопластика носослезного протока.

Цель – клиническая апробация меатопластики носослезного протока.

Материал и методы.Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов (31 случай) с изолированным дакриостенозом на уровне устья носослезного протока. Локализация сужения была установлена по данным компьютерной томографии, выполненной с контрастированием слезоотводящих путей. При анализе томограмм определяли несоответствие мягкотканной части носослезного протока и окончания костного носослезного канала, фиксируя 3-й и 4-й типы устья носослезного протока по классификации Л.И. Свержевского. Во всех случаях была выполнена хирургическая коррекция дакриостеноза по предложенной нами методике (подана заявка для получения патента). Под эндоскопическим контролем проводили зондирование слезоотводящих путей тупоконечным зондом, контролируя положение зонда в области устья носослезного протока. Затем при помощи эндоскопических ножниц и щипцов *Blakesley*, загнутыми под различными углами, проводили частичную резекцию устья носослезного протока до отверстия костного носослезного канала. В 15-ти случаях мобилизованные лоскуты устья носослезного протока откидывали кпереди и кзади. На завершающем этапе проводили биканаликулярную интубацию слезоотводящих путей. Дистальные концы лакримального имплантата фиксировали друг к другу в нижнем носовом ходе при помощи силиконовой муфты и узлами. В 23-х случаях проводили медиапозицию нижней носовой раковины. В послеоперационном периоде осуществляли регулярный туалет полости носа, рекомендовали пациентам закапывание антибактериальных, антисептических и противовоспалительных глазных капель, промывание полости носа, местно назначали кортикостероиды. В послеоперационном периоде проводили регулярное промывание слезоотводящих путей кортикостероидными препаратами. Экстубацию слезоотводящих путей осуществляли через 2-4 месяца. Клинический эффект оценивали через 6 месяцев после удаления лакримального имплантата. К положительным результатам относили случаи, при которых снижалась степень выраженности слезотечения, оцененная по шкале *Munk*, а также при уменьшении величины слезного мениска, которую оценивали с применением оптического когерентного томографа.

Результаты. До операции значение выраженности слезотечения по шкале *Munk* находилось в пределах 2-4 баллов (медиана 3 балла), величина слезного мениска находилась в пределах 462-1270 мкм (среднее значение 926 мкм), при оценке результатов через 6 месяцев значение выраженности слезотечения по шкале *Munk* находилось в пределах 0-4 баллов (медиана 0 баллов), величина слезного мениска – в пределах 139-1248 мкм (среднее значение 353 мкм). Положительные результаты были отмечены в 28 случаях (90,3% случаев). В послеоперационном периоде в 3-х случаях отмечали дислокацию лакримального имплантата, в 1-м случае – образование воспалительной грануляции слезного канальца на фоне интубации слезоотводящих

путей, в 1-м случае обнаруживали образование синехии между передним концом нижней носовой раковины и боковой стенкой носа, в 1-м случае – между нижней носовой раковиной и перегородкой носа в области ее гребня.

Заключение. Таким образом, разработанный нами способ коррекции дакриостеноза на уровне устья носослезного протока, показал свою высокую эффективность, бóльшую по сравнению с результативностью традиционной реканализации слезоотводящих путей (в наших предыдущих исследованиях эффективность биканаликулярной интубации слезоотводящих путей составила 83% случаев). Безопасность предложенной нами операции подтверждена низким количеством осложнений, зафиксированных в послеоперационном периоде. С учетом функциональности, низкой травматичности и технической простоты осуществления меатопластики носослезного протока мы можем рекомендовать это оперативное вмешательство у пациентов с дакриостенозом на уровне устья носослезного протока.

ПАРА- И МЕТАНАЗАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ

Филимонов С.В., Филимонов В.Н., Кривошеин В.Е.
ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Нос является сильнейшей рефлексогенной зоной. Это связано с особенностью иннервации и в первую очередь с обширной сетью рецепторов тройничного нерва (вторая пара) в слизистой оболочке полости носа (Карлов В.А., 1991). Тройничный нерв играет ведущую роль в защитной функции носа (С.З. Пискунов 1993). В полости носа существуют «триггерные зоны», запускающие различные адаптационно-охранительные рефлексы (McCaffery T., 1983). Установлено, что архитектоника носа прямо или опосредованно влияет на функции других органов. Нарушение архитектоники носа может приводить к «извращению» нормальных рефлексов, превращая их в патологические. (Буков В.А., Фельбербаум Р.А., 1980)

Кроме того, при проведении внутриносовых блокад по Агеевой–Майковой (1959 г.), Темкину (1954 г.) при вазомоторном и аллергенном рините было отмечено, что после выполнения их у части больных исчезал шум в ухе, уменьшалась интенсивность головных болей, головокружений. (Н.И. Гращенков, Г.Н. Кассиль, 1959)

Обобщая имеющийся собственный клинический опыт в области ринохирургии и анализируя доступную научную литературу, предлагаем классификацию пара- и метаназальных синдромов и рефлексов в зависимости от особенностей искривления перегородки носа, «вклинивания» шипов и гребней перегородки в анатомические образования латеральной стенки носа.

1. Параназальные септальные синдромы (нарушение физиологии ближайших анатомических образований):

1.A. Синдром нарушения вентиляции параназальных синусов (Bossolesi P., Autelitano L., Brusati R., Castelnuovo P., 2008)

1.B. Синдром ринотубарных нарушений (Блоцкий А.А., 2009)

2. Метаназальные рефлексы:

2.A. Назо-церебральный синдром: мигренозные боли, нарушение сна, гипоксические явления (Сагалович Б.М., 1967)

2.B. Назо-кардиальный синдром: параксизмальная тахикардия, экстрасистолия, НЦД по кардиальному типу (С.А. Климанцев и соавт.,1993)

2.C. Назо-трахеобронхиальный рефлекс: сухой кашель, бронхоспазмы (С.В.Рязанцев, 1987)

2.D. Назо-вазальный рефлекс: НЦД по гипертоническому типу, артериальная гипертензия

2.E. Назо-окулярный рефлекс

2.F. Назо-вестибулярный рефлекс: идиопатическое вертиго

Клинические примеры.

Параназальные синдромы хорошо изучены и понятны, особый интерес для нашего рассмотрения представляют клинические случаи, связанные с метаназальными рефлексами.

1.B. Больной И., 42 лет. При удалении шипа перегородки носа, вклиненного в задний конец нижней носовой раковины и область переднего тубарного валика, слух улучшился на операционном столе. При аудиометрии после операции восстановление нормальных порогов воздушной проводимости. (катамнез 12 лет)

2.A. Больная С., 35 лет. Удаление шипа, вклиненного среднюю часть тела нижней носовой раковины привело к исчезновению постоянных многолетних мигренозных болей. (катамнез 8 лет)

2.B. Больной А., 38 лет. После удаления гребня и шипа, вклиненных в переднюю и среднюю часть нижней носовой раковины, исчезли боли и тяжесть в области сердца.
2.C. Больная Т., 45 лет. После удаления шипа, вклиненного в верхнюю часть нижней носовой раковины и нижнюю часть средней носовой раковины, частота бронхоспазмаов значительно уменьшилась. (катамнез 5 лет)
2.D. Больной И., 42 лет После удаления шипа, вклиненного в заднюю часть нижней носовой раковины, систолическое артериальное давление уменьшилось на 30 мм.рт.ст., больной переведен на более «легкую» антигипертензивную терапию. (катамнез 12 лет)
2.F. Больная Я., 52 лет. После резекции гипертрофически липоподобно-измененного и увеличенного переднего конца средней носовой раковины прекратилось многолетнее вертиго.
Следует отметить, что искривление перегородки носа, не нарушающее дыхательную функцию носа и качество жизни пациента, не трагично. Шипы, гребни перегородки носа, аномалии носовых раковин, приводящие к вклинению структур перегородки в латеральную стенку носа, могут быть источником патологических носовых рефлексов. Поэтому, при выявлении соответствующих жалоб больного, симптоматики и результатов диагностики, они подлежат обязательному удалению по общетерапевтическим показаниям независимо от сохраненной хорошей дыхательной функции.

МЕТОДИКА ОДНОСТОРОННЕЙ ОСТЕТОМИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАЦИИ СПИНКИ НОСА

Мовергоз С.В., Андаров А.А., Горин Д.И.
Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават, Россия.

Актуальность. Посттравматическая деформация наружного носа является частой патологией, с которой сталкиваются оториноларингологи, пластические хирурги. При этом подходы в лечении данной категории пациентов различны.

Цель работы. Оценить опыт использования малотравматичной методики коррекции посттравматических девиаций спинки носа в условиях оториноларингологического отделения Медицинского центра ООО «Медсервис».

Материал и методы. С 2009 года по настоящее время нами было прооперировано 107 пациентов с последствиями травм носа. Мужчин – 82 (76,6%), женщин – 25 (23,4%), средний возраст – 35,2 лет. Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось: компьютерная томография околоносовых пазух, эндоскопия полости носа, фотографирование лица согласно установленным стандартам. Все операции выполнялись под общим обезболиванием с использованием управляемой низкопоточной анестезии. При планировании лечения преследовались две цели: восстановление функции и формы носа. При выполнении ринопластики в большинстве случаев нами был использован открытый доступ – 92 случая (85,9%), закрытый – 15 (14,1%). Во всех случаях была выполнена коррекция внутриносовых структур.

В 11 случаях (10,3%) для коррекции легкой формы сколиоза наружного носа мы использовали метод односторонней парамедиальной остеотомии и установки расширяющего хрящевого аутотрансплантата со стороны остеотомии. Главное условие подбора пациентов для этой операции – отклонение спинки носа по оси от средней линии не должно превышать 5 мм. Сущность метода – выполняется односторонняя парамедиальная остеотомия на стороне западения, носовая кость смещается латерально. В образованное пространство устанавливается расширяющий хрящевой аутотрансплантат необходимого размера (хрящ перегородки носа или ушной раковины). В трех случаях дополнительно видимую асимметрию костного отдела придавала рубцовая ткань ската носа. Данная проблема была решена сглаживанием костной мозоли алмазным бором и введением камуфлирующего хрящевого аутотраснплантата в виде хрящевых крошек на скат носа с причинной стороны.

Результаты. Во всех клинических наблюдениях раны зажили без осложнений. Наружная фиксирующая повязка удалялась на 9-11 сутки. Внутриносовые сплинты удалялись на 7-10 сутки. При использовании данной методики коррекции посттравматической деформации наружного носа, послеоперационный отёк мягких тканей средней зоны лица и нижних век не выраженный и проходил на 3 сутки. У всех пациентов была восстановлена форма носа и носовое дыхание.

Вывод. При правильном подборе пациентов данный метод является альтернативой стандартному подходу коррекции девиации спинки носа и позволяет добиться хороших функциональных и эстетических результатов.

НАРУШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Желтов А.Я., Гусакова А.А.
Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина

Введение. Среди патологии носа, по данным литературы, наиболее частой причиной экссудативного среднего отита (ЭСО) предполагается различной степени гипертрофия лимфоидной ткани носоглотки. Однако, мало сведений о выраженности реактивного отека и состоянии микроциркуляторного русла слизистой оболочки (СО) нижних носовых раковин, который зачастую наблюдается у этих пациентов.

Можно предположить, что важную роль в патогенезе большинства симптомов патологии носоглотки играет нейрогенный аппарат слизистой оболочки носа, обеспечивающий наиболее важную функцию носа – снабжение дыхательных путей воздухом, его нагревание, фильтрацию и увлажнение (С.Б. Безшапочный, В.В. Кищук 2009). Данный процесс требует координированной работы нескольких систем, включая сосуды слизистой оболочки, автономные и сенсорные нервы под контролем вегетативной нервной системы (ВНС). Функционирование нейрогенного аппарата носоглотки определяет стойкость и полноту сигнала то типу «аксон-рефлекса» и обеспечивает выраженность отека, ишемизации слизистой, работу мукоцилиарного клиренса. Доказано, что различные вегетативные реакции, обеспечивающие защитные механизмы, которые выходят за пределы компенсации, могут формировать синдром патологической адаптации (Вейн А.М., 2003). Следовательно, восстановление равновесия в вегетативной иннервации слизистой оболочки может явиться эффективным, патогенетически обоснованным методом лечения ЭСО. Постоянное раздражение патологическим содержимым или гипертрофированной лимфоидной тканью зон вегетативной иннервации в частности от крыло-небного узла и может приводить к нарушению микроциркуляции крови, застою, экссудации в иннервируемых зонах.

Целью нашего исследования явилось: изучить и проанализировать состояние микроциркуляции слизистой носа у детей с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки без экссудативного среднего отита и детей с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки страдающих экссудативным средним отитом.

Материалы и методы. Нами изучено состояние микроциркуляции крови (МЦК) в слизистой оболочке полости носа с помощью лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) у 29 детей с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки. В первую группу вошло 11 детей в возрасте 6-7 лет без признаков секреторного отита. Вторую группу составили 18 детей с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки и страдающих секреторным отитом более шести месяцев. При исследовании МЦК слизистой оболочки полости носа оценивалась общая перфузия (М) слизистой оболочки, показатель микроциркуляции (ПМ); среднее колебание перфузии относительно среднего значения потока крови (σ); пульсовую волну (ПВ); дыхательную волну (Дв); миогенную волну (Мв); нейрогенную волну (Нв); показатель шунтирования (ПШ) и данные вейвлет - анализа, отражающие функциональное состояние микроциркуляции. Исследование МЦК проводилось с поверхности слизистой оболочки нижних носовых раковин в течение 3-х минут в покое.

Результаты. При анализе ЛДФ грамм группы детей здоровых по ЭСО у 11 (100%) отмечено преобладание активных механизмов регуляции кровотока над пассивными. Практически отсутствует артерио-венулярное шунтирование. У детей второй группы уровень показателей микроциркуляции (6,96-8,21) и сигмы выше, по сравнению с первой группой. У 18(100%) усиление перфузии слизистой оболочки носа носит

застойный характер, что подтверждается снижением значений миотонуса (2,67-2,11) и увеличением значения сердечных колебаний. Также у этих пациентов наблюдается выраженное шунтирование (0,90-0,98), свидетельствующее о перегрузке капилляров слизистой оболочки полости носа. Учитывая общность вегетативной иннервации, эти данные можно перенести на слизистую оболочку слуховой трубы, что непременно должно проявиться на адекватности её функции и причинности появления экссудативного отита.

Выводы: наличие постоянного раздражения патологическим содержимым при синуситах и аденоидитах или гипертрофированной лимфоидной тканью зон вегетативной иннервации может приводить к нарушению их функции. Исходя из этого, залогом эффективной терапии экссудативного отита является учет этих особенностей, и устранение источников вероятных нарушений вегетативного обеспечения носовой части глотки для восстановления микроциркуляции крови в иннервируемых зонах.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Машкова Т.А., Мальцев А.Б.
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко», Воронеж, РФ

Отсутствие единого мнения о состоянии решетчатого лабиринта и целесообразности его санации при полипозе побудило нас обратиться к морфологическому изучению его тканей у больных полипозным риносинуситом.

Изучены ткани резецированного решетчатого лабиринта 110 больных, подвергшегося хирургическому эндоназальному эндоскопическому вмешательству. При гистологическом исследовании удаленной слизистой оболочки у всех оперированных больных установлена морфологическая картина хронического неспецифического воспаления. Микроскопически обнаружена неравномерно утолщенная слизистая оболочка с полиповидными выростами, отеком поверхностного слоя, увеличением количества слизистых желез, покрытая респираторным эпителием. В области крючковидного отростка нередко пролиферация эпителия сочеталась с изъязвлением, некрозом и отторжением отдельных участков эпителия. Собственная пластинка слизистой на большем протяжении разрыхлена, отечна, полнокровна. При первичном полипозе у больных, не получавших медикаментозного лечения, морфологически определяется картина васкулита, полнокровия, краевого стояния лейкоцитов, лейкодиапедеза. В отечном основном веществе в большом количестве рассеянные эозинофилы, резко выраженное полнокровие. При первичном полипозном риносинусите, ассоциированном с бронхиальной астмой, на фоне резчайшего отека в подслизистой основе и гиперпродукции слизи, определяется большое количество эозинофилов, плотных периваскулярных инфильтратов с большим количеством эозинофильных гранулоцитов, скопление эозинофилов вокруг желез. Рецидивирующий характер процесса морфологически проявляется очагами фиброза с деформацией слизистых желез, атрофия слизистой на фоне отека, периваскулярных инфильтратов, эрозий на поверхности слизистой. В строме слизистой оболочки – склероз, видны пучки фибробластов, грубые коллагеновые волокна. На наличие бронхиальной астмы при рецидивирующем полипозе указывает скопление густой и плотной слизи в просветах респираторных слизистых желез, как морфологический феномен астмы. При исследовании операционного материала больных полипозным риносинуситом обнаружен переход процесса со слизистой на надкостницу и кость, формирование остеита или миелита при губчатом строение пластинок решетчатой кости. При исследовании костной ткани крючковидного отростка решетчатой кости независимо от степени распространенности процесса были обнаружены различной степени некробиотические изменения. При губчатой строении processus uncinatus межбалковые пространства выполнены рыхлой фиброзно-ретикулярной тканью. В части костных балок выражена остеодистрофия, очаги лизиса кости. При пластинчатом строении processus uncinatus определялись обломки некротизированных костных балок. Исследование костных перегородок всех отделов решетчатого лабиринта обнаружило в отдельных участках отсутствие эпителиальной выстилки пластинок. Между костными структурами определялись очаги некроза, аморфные массы лизированных костных элементов.

Таким образом, наши исследования показали, что при рецидивирующем полипозном риносинусите имеют место глубокие морфологические изменения не только слизистой оболочки решетчатых пазух, но и микродеструктивные изменения пластинок решетчатой кости, что подтверждает положение, к которому пришел Л.Ф. Тальпес (1924) при анализе этапности при хроническом риносинусите, указывающее на возможность постепенного углубления процесса и перехода его на надкостницу и

кость. Данные обстоятельства, по нашему мнению, объясняют нестабильность и зачастую неэффективность проводимого консервативного лечения при хроническом полипозном риносинусите и указывают на необходимость комплексного подхода к лечению данного заболевания.

МУКОЦЕЛЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИНЫ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА СТЕНОК ПАЗУХИ

Куницкий В.С.*, Пономарёва А. Ю.**, Борисевич Е. А.**
*Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь
**Витебская областная клиническая больница, Витебск, Беларусь

Мукоцеле (кистовидные растяжения) околоносовых пазух (ОНП) занимают особое место среди заболеваний носа и его пазух. Обструкция выводных протоков пазух вследствие патологического процесса приводит к скапливанию секрета и растяжению их стенок. Мукоцеле ОНП редко развивается у детей и подростков и в большинстве случаев, описанных в литературе, связано с муковисцидозом. Основным отличием кистоподобных образований (ложных кист) от ретенционных является отсутствие внутренней эпителиальной выстилки, капсула мукоцеле формируется из воспаленной слизистой оболочки околоносовой пазухи, превращающейся в замкнутую полость. Чаще всего мукоцеле ОНП локализуется в лобной пазухе более 80% случаев и в решетчатом лабиринте около 15%. Причиной наиболее распространенного растяжения лобных пазух является создание определенных условий: лобная пазуха чаще травмируется, лобно-носовой канал более протяженный и извитой (по сравнению с другими соустьями околоносовых пазух), что способствует его частичной или полной облитерации при аномалии развития выводного протока, хроническом воспалительном процессе в полости носа и околоносовых пазухах, остеоме лобно-решетчатого угла. Часто развитие заболевания происходит в результате рубцового процесса после операций на околоносовых пазухах, сопровождающихся излишне травматичным кюретажем или циркулярным удалением слизистой оболочки краев естественного соустья. В зависимости от локализации процесса в лечении применяют экстра- или эндоназальные хирургические доступы и их комбинации. В ряде случаев необходим комбинированный доступ – это пациенты с большим мукоцеле, распространяющимся за пределы ОНП, фронтальные мукоцеле, размещенные далеко в боковом направлении, гипертрофированные кости, закрывающие площадь лобно-носовой выемки и мукоцеле, возникающие во вторую очередь от злокачественных новообразований. Одной из проблем является закрытие дефектов стенок синусов, особенно при обнажении твердой мозговой оболочки. Предлагались разные способы - путем использования ауто- и аллотрансплантатов, имплантов небиологической природы, например, марлекса, пропласта, эндопротезов из алюмооксидной керамики, имплантов из пористого никелида титана и др. В ниже описанном случае из практики мы использовали пластину гемостатического средства местного применения, которая не является инородным телом — полностью рассасывается и замещается соединительной тканью.

С 2009 по 2015 год в оториноларингологическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» оперировано 10 пациентов (5 мужчин и 5 женщин) с мукоцеле и мукопиоцеле ОНП различной локализации. Возраст пациентов от 26 до 69 лет. Время от появления симптомов до момента обращения за медицинской помощью варьировалось от 2 месяцев до 20 лет. Основными жалобами при поступлении была головная боль – 7 (70%) пациентов, диплопия – 5 (50%), глазодвигательные нарушения – 3 (30%), образования выпячивания в области проекции пазухи – 4 (40%), иногда болезненного – 2 (20%). Лобная пазуха была поражена в 3 наблюдениях, решетчатый лабиринт – в 4, верхнечелюстная пазуха – в 3 случаях. Полость мукоцеле нередко занимала смежные синусы, иногда распространялась в орбиту (5) и окружающие ткани (4). Всем троим пациентам с муко(пио)целе верхнечелюстной пазухи ранее выполнялось хирургическое вмешательство на данной пазухе путем гайморотомии по поводу хронического гнойного (полипозно-гнойного) верхнечелюстного синусита, кисты верхнечелюстной пазухи. Время с момента операции было 20 лет и более.

Практически во всех случаях пациенты оперировались наружным доступом, учитывая объёмность и распространенность процесса и осложнения со стороны органа зрения.

Представляем клиническое наблюдение. Пациент Х., 58 лет, поступил в оториноларингологическое отделение УЗ «Витебская областная клиническая больница» 2.10.15 с жалобами на припухлость в левой надбровной области, ощущение двоения в глазах. В течение 20 лет припухлость увеличивалась, к врачу не обращался, последние несколько месяцев появилась диплопия. Обратился к оториноларингологу ЦРБ по месту жительства, направлен на консультацию в УЗ «Витебский областной онкологический диспансер», где пациенту было проведено рентгенологическое и КТ-исследование ОНП. На рентгенограмме в проекции лобной пазухи слева было выявлено дополнительное образование неправильной округлой формы с четкими неровными контурами, неоднородное, размерами 4,5×5 см, тотально заполняющее пазуху с распространением в медиальные отделы лобной пазухи справа и верхне-медиальные отделы орбиты слева. По описанию КТ ОНП и головного мозга: слева фронтальный синус увеличен в объёме, выполнен и деформирован округлой структурой 50х55 мм в диаметре, распространяющейся экзофитно, вентрально в сторону левой орбиты, проксимально по направлению к лобной доле головного мозга, костные стенки синуса дислоцированы, прерываются, сохраненная костная стенка чёткая. Плотность выявляемой структуры 22-33HU (по типу сгустившегося содержимого). Направлен в оториноларингологическое отделение УЗ «ВОКБ». При поступлении состояние пациента удовлетворительное. В области передней и нижней стенок левой лобной пазухи определяется безболезненное, мягкое, эластичное образование 5х3х2 см, кожа над ним не изменена. Левая глазная щель сужена. При передней риноскопии на слизистой оболочке полости носа налётов нет, розовая, незначительно пастозна слева, отделяемого нет. Дыхание через нос не затруднено. Со стороны других ЛОР-органов видимой патологии не выявлено. При поступлении пациент консультирован офтальмологом: левое глазное яблоко смещено кпереди и вниз, присутствует диплопия левого глаза. 6.10.15 была выполнена операция экстраназальная фронтоэтмоидотомия слева. Под эндотрахеальным наркозом произведён разрез по левой брови с переходом на левый скат носа. Произведена отсепаровка мягких тканей от кости, выделены из мягких тканей оболочки мукоцеле, при этом выявлен дефект передней и нижней стенок лобной пазухи. Отсепаровка оболочек мукоцеле от стенок лобной пазухи и мягких тканей орбиты, фрагменты ткани удалены. При удалении оболочек произведено их вскрытие, получено густое мутное коричневое содержимое. Выявлена обнаженная процессом твёрдая мозговая оболочка передней черепной ямки на участке 2,5 х 2,0 см, которая покрыта грануляциями и оболочкой мукоцеле. Максимально осторожно произведено их удаление, твёрдая мозговая оболочка на вид не изменена, пульсирует. Клетки решётчатой пазухи частично разрушены, в них оболочка мукоцеле. Пазуха дренирована через полость носа полихлорвиниловой перфорированной трубкой. На костный дефект задне-верхней стенки уложена смоделированная пластина гемостатического средства, прикрывающая участок твёрдой мозговой оболочки. С помощью пластины произведена пластика костного дефекта передненижней стенок пазухи. В послеоперационном периоде получал антибактериальную и десенсибилизирующую терапию, промывание левой лобной пазухи через дренаж. Швы сняты на 9 день. Дренаж удален на 21-е сутки. Контрольный осмотр через 6 месяцев не выявил рецидива заболевания. При эндоскопическом исследовании – сформированное соустье с лобной пазухой функционирует, слизистая оболочка лобной пазухи розовая. Косметический эффект хороший.

Особенностью данного наблюдения является то, что наряду с эндоскопическим методом хирургии при мукоцеле околоносовых пазух сохраняет актуальность и эктраназальный доступ к пазухе, при разрушении процессом её стенок, с целью пластического закрытия дефекта.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АСТМАТИЧЕСКОЙ (АСПИРИНОВОЙ) ТРИАДОЙ

Еременко Ю.Е., Котович А.Н.
РНПЦ оториноларингологии, Минск, Республика Беларусь

Введение. Астматическая (аспириновая) триада (АТ) характеризуется наличием полипов полости носа, бронхиальной астмы и непереносимости нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Исследования показали, что десенсибилизация и лечение с помощью аспирина может значительно улучшить симптомы заболевания и качество жизни пациентов, уменьшить количество рецидивов носовых полипов и хирургических вмешательств по поводу хронического полипозного риносинусита (ХПРС), снизить количество инфекций околоносовых пазух, а также уменьшить потребность в приеме системных кортикостероидов у пациентов с АТ. Несмотря на преимущества десенсибилизации аспирином, процедура отнимает много времени и имеет высокий риск возникновения побочных эффектов. Эти факторы создают барьеры на пути более широкого применения аспирина в повседневной практике врача-оториноларинголога. В Европе в качестве диагностического и терапевтического средства используется интраназальный лизин-аспирин для пациентов с АТ, однако данное лекарственное средство не доступно в Республике Беларусь.

Цель исследования: Изучить безопасность и эффективность десенситизации с помощью эндоназального приема раствора кеторолака для лечения пациентов с астматической триадой.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 10 пациентов с диагнозом астматическая (аспириновая) триада находившихся на лечении в РНПЦ оториноларингологии. До проведения лечения всем пациентам выполнена передняя риноскопия, эндоскопическое исследование полости носа, компьютерная томография околоносовых пазух с определением стадии распространенности хронического полипозного риносинусита. На основании полученных результатов всем пациентам была выполнена функциональная эндоскопическая хирургия пазух (FESS).

Далее в послеоперационном периоде назначали консервативное лечение: местную эндоназальную терапию глюкокортикостероидами (мометазона фуроат 100 мкг 2 раза в день) в течение месяца, затем местную эндоназальную десенситизацию раствором кеторолака (60 мг кеторолака растворенного в 2,75 мл физиологического раствора (0,9% NaCl); в 1 дозе содержится 1,26 мг/0,1мл кеторолака) не менее 2 лет. Данный способ не применялся у пациентов с анафилактическим шоком в анамнезе после приема НПВС.

Результаты. Эндоназальная доза кеторолака подбиралась с учетом индивидуальной чувствительности. При подборе дозы в первый день вводили 1 дозу 0,9% NaCl в одну половину носа, при отсутствии реакции на введение препарата через 30 минут вводили 1 дозу раствора кеторолака эндоназально. Проводился мониторинг назальных, легочных симптомов и функции внешнего дыхания, контроль артериального давления, пульса, температуры тела. При появлении реакции дозу, вызвавшую изменения состояния пациента, повторяли только после купирования бронхоспазма. При отсутствии реакции дозу увеличивали (плюс 1 доза) с 3-часовым интервалом до появления признаков реакции или до достижения 8 доз (по 4 дозы в каждую половину носа) раствора кеторолака. Десенситизацию удавалось провести в течение 2-3 дней у пациентов со стабильно протекающей астмой и в течение 5-6 дней у пациентов с нестабильно протекающей астмой, только в условиях стационара, где имелись все необходимые условия для оказания неотложной помощи и интенсивного лечения.

При проведении эндоназальной десенситизации раствором кеторолака на этапе подбора дозы у 6 пациентов (60%) отмечался приступ бронхоспазма, у 2 пациентов (20%) наблюдались назальные симптомы в виде усиления насморка, чихания, зуда в полости

носа на введение от 1 дозы до 4 доз препарата, у 2 пациентов (20%) не было отмечено реакции на введение препарата. У 4 пациентов (40%) подобранная доза составила 6 доз (по 3 дозы в каждую половину носа), у 2 пациентов (20%) – 8 доз (по 4 дозы в каждую половину носа), у 2 пациентов (20%) – 4 дозы (по 2 дозы в каждую половину носа) и у 2 пациентов (20%) – 2 дозы (по 1 дозе в каждую половину носа). Спустя 3, 6, 12, 24 месяца при осмотре признаков рецидивирования ХПРС не было выявлено, улучшилось течение и уменьшилось количество обострений бронхиальной астмы.

Заключение. Предложенная консервативная терапия у пациентов с астматической триадой эффективна. Данный эффект сохраняется в течение длительного времени.

Данный способ позволяет значительно повысить эффективность лечения астматической триады, снизить рост и количество рецидивов полипов полости носа, отказаться от длительного приема эндоназальных глюкокортикостероидов в послеоперационном периоде, улучшить течение и уменьшить количество обострений бронхиальной астмы.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кулимбетов А.С.*, Ташимбетов М.Х.**, Жапар К.А.*
*Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан
** ТОО «Бурч медикал», Алматы, Казахстан

Введение. Риносинусит (РС) является наиболее распространенным заболеванием в амбулаторной педиатрической практике и с одинаковой частотой встречается во всех возрастных группах детей. Появилось множество исследований, посвященных отдельным сторонам изучения этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики этого нередко часто тяжелого заболевания. Несмотря на это, в последние годы отмечается существенный рост числа заболеваний носа и околоносовых пазух, как в абсолютных показателях, так и их удельного веса в общей структуре ЛОР-патологии.
Почти каждый 8-й (12,1%) житель США в возрасте ≤18 лет перенес РС в течение предыдущих 12 мес. (Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2012). Местное применение фитопрепаратов в амбулаторном лечении РС может повысить эффективность и сократить сроки выздоровления. Нами получен инновационный патент Республики Казахстан на изобретение за № 24233 «Способ лечения острых и хронических риносинуситов у детей». Способ лечения острых и хронических риносинуситов у детей путем местного воздействия на пораженную пазуху носа, отличающийся тем, что местное воздействие осуществляют препаратом Синупрет в количестве 5,0 – 10,0 мл, разведенным на 100,0 мл. физиологического раствора, путем промывания полости носа методом перемещения, а перед промыванием на нижние и средние носовые ходы вставляют ватные турунды, пропитанные раствором 0,05% нафтизина на 2-3 минуты, курсом лечения 8-10 дней.
Целью исследования является оценка эффективности местного лечения хронических риносинуситов у детей школьного возраста препаратом «Синупрет».
Задача исследования. Оценка эффективности промывания носа по методу «перемещения» по Проетцу препаратом «Синупрет» при лечении хронических риносинуситов у детей школьного возраста.
Материалы и методы. Нами было проведено комплексное консервативное лечение детей школьного возраста с установленным диагнозом риносинусит. Все пациенты были распределены на две группы: основной (30 пациентов) и контрольной (30 лиц). Промывание носа по методу перемещения по Проетцу осуществлялось в основной группе раствором препарата «Синупрет», разведенным с физраствором в соотношении 1:10, в контрольной группе – 0,75% раствором тиосульфата натрия. Пациенты обеих групп получали препарат «Синупрет» внутрь в зависимости от возраста 3 раза в день. Курс лечения составил 9 дней с контрольными осмотрами в исходном состоянии (1-й день), на 3-й и 7-й дни от начала лечения. Заключительное обследование проводилось на 9-й день. 1-й визит совпадал с днем начала терапии. Динамика состояния больных оценивалась по выраженности субъективных и объективных признаков. Субъективные признаки – выделения из носа, нарушение носового дыхания, снижение обоняния, головная/лицевая боль – оценивались по 5-ти бальной шкале, где 0 – отсутствие симптома, 5 – симптом выражен настолько сильно, насколько это можно представить. Объективные признаки – отек слизистой носа, гиперемия слизистой носа, выделения из носа (слизистого, слизисто-гнойного, гнойного характера). Динамика объективных симптомов при риноскопии оценивалась по 3-балльной системе, где: 0 — отсутствие симптома, 1 — легко выраженный симптом, 2 — умеренно выраженный симптом, 3 — сильно выраженные симптом.
Результаты исследования. В 1-й день лечения средняя оценка субъективных данных в основной группе и группе сравнения составила 14,73 и 14,93 баллов. В динамике

субъективная оценка количества выделений из носа (9-й день – 0,13 и 0,40 баллов) и нарушения носового дыхания (9-й день – 0,06 и 0,33 баллов) в основной группе улучшалась достоверно быстрее, чем в контрольной ($p<0,05$). Уменьшение головной боли и восстановление обоняния отмечались в обеих группах, более выражено в 1-й группе, однако различия не достигали величины статистической достоверности ($p>0,05$). Риноскопическая картина в основной группе в сравнении с контрольной характеризовалась более быстрым исчезновением отека (3-й день – 1,8 и 2,0; 7-й день – 0,46 и 1,20; 9-й день – 0,13 и 0,40 баллов) и гиперемии слизистой носа (1,33 и 1,80; 0,73 и 1,0; 0 и 0,13 баллов соответственно) ($p<0,05$). Полное очищение промывной жидкости из полости носа наблюдалось в основной группе.

Выводы. Таким образом, применение раствора «Синупрет» при промывании полости носа на фоне перорального приема данного препарата позволяет достигнуть лучшего клинического результата по сравнению с промыванием раствором тиосульфата натрия.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СИНУСИТОМ

Гайворонский А.В.
СПБГУ, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Хронические синуситы в практике оториноларинголога - довольно распространенная патология. Полипы в полости носа встречаются часто и составляют около 40% всей хронической патологии Лор-органов, обусловливая назальную обструкцию. Сочетание хронического полипозного риносинусита с бронхиальной астмой и, в ряде случаев, с непереносимостью НПВС, является весьма сложной проблемой и создает жизненно опасные ситуации в лечении этих пациентов как для пульмонологов, так и для врачей других специальностей, значительно ухудшая качество жизни больных. По статистическим данным сочетание хронического полипозного риносинусита с бронхиальной астмой диагностируется в 10% случаев. В своем весьма солидном обзоре Н.А.Вознесенский, Н.П.Княжеская (2005г.) приводят данные по хирургическому лечению хронических полипозных синуситов во Франции, Польше, США, Финляндии, где улучшение после оперативного лечения достигало 80-88%, а рецидивы отмечались в последующие 5 лет до 40%.

Существует много научно-практических рекомендаций для ведения этой категории пациентов (А.С.Лопатин, 2002, 2014; Г.З.Пискунов, 2013, В.С.Козлов, 2003, 2014 и др.). При этом хирургическое вмешательство должно быть максимально щадящим и проводиться с помощью функциональной эндоскопической эндоназальной хирургии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением за 2014-2017 годы в клинике наблюдалось 700 больных с патологией носа и околоносовых пазух. У всех этих пациентов наблюдалась назальная обструкция. Затруднение носового дыхания было обусловлено различными патологическими изменениями со стороны носа и околоносовых пазух: хроническим, в том числе хроническим полипозным риносинуситом, вазомоторным и аллергическим ринитом, искривлением перегородки носа с нарушением носового дыхания. Все они были госпитализированы в Лор-отделение, где им было проведено хирургическое лечение с целью коррекции носового дыхания (был использован симультанный подход, в частности, FESS и лазерная или радиоволновая дезинтеграция нижних носовых раковин, операции на носовой перегородке, подслизистая вазотомия, полипотомия, полипоэтмоидотомия в зависимости от показаний). Учитывая интраоперационное введение глюкокортикостероидов, все пациенты операцию перенесли удовлетворительно, без осложнений. В послеоперационном периоде с целью восстановления носового дыхания проводился туалет полости носа, удаление корок, орошение слизистой оболочки полости носа изотоническими растворами, а после нормализации слизистой оболочки носа, с 6-7 дня применяли топические кортикостероиды и продолжали их использовать эндоназально (после ирригационной терапии) в достаточной дозировке в течение длительного периода.

Результаты и обсуждение. Анализируя данные, полученные при наблюдении в динамике пациентов с хроническим риносинуситом, мы пришли к следующему выводу: хирургическая коррекция с целью восстановления носового дыхания и обоняния значительно улучшает качество жизни больных, т.к. позволяет осуществлять функции носа и околоносовых пазух и дыхательных путей в целом, в полном объеме. Назальные симптомы в 85 % случаев, перестали беспокоить больных, носовое дыхание нормализовалось.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ДАКРИОПЛАСТИКИ

Щербаков Д.А.*, Атькова Е.Л.**, Забурева Е.М.***, Екимова А.Е.*,
*ФГБОУ ВО «Тюменский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тюмень, РФ
** ФГБУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАН, Москва, РФ
***Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области "Областной офтальмологический диспансер"

Баллонная дакриопластика – один из современных методов лечения стенозов слезоотводящих путей, направленный на восстановление естественного оттока слезы.

Цель нашего исследования оценить эффективность применения баллонной дакриопластики для лечения пациентов с дакриостенозом.

Материалы и методы: В городе Тюмень организована совместная работа Областного офтальмологического диспансера и отделения оториноларингологии ОАО МСЧ Нефтяник. Создана рабочая группа, включающая врача офтальмохирурга и оперирующего оториноларинголога.

С сентября 2016 года по февраль 2017 года за медицинской помощью обратилось 90 пациентов с жалобами на слезотечение. Всем пациентам проводилось диагностическое промывание слезоотводящих путей, выполнялось зондирование слезных канальцев. На МСКТ околоносовых пазух и орбит исключали опухолевый процесс.

Все пациенты с диагнозом дакриостеноз (n=30) были разделены на две группы: В 1-ю группу вошли пациенты со стенозом носослезного канала (n=20); во 2-ю группу объединены пациенты с комбинированным многоуровневым стенозом слезоотводящих путей (n=10).

В отделении оториноларингологии ОАО МСЧ Нефтяник пациентам под местной анестезией выполняли баллонную дакриопластику. При помощи конических зондов расширяли горизонтальный отдел слезоотводящих путей, затем зондом Bowman зондировали слезоотводящие пути на всем протяжении. Зонд извлекали. Через верхний слезный каналец проводили баллонный катетер до появления его в области устья носослезного канала. К баллонному катетеру присоединяли индефлятор, заполненный физиологическим раствором. В баллоне, с помощью индефлятора, создавали давление до 8 атм, удерживали давление в течение 90 секунд, затем баллон спускали. По истечении 10 секунд, вновь создавали в баллоне давление 8 атм, удерживая его в течение 60 сек. Затем баллон смещали в проксимальном направлении, и повторяли цикл. Все этапы операции проводились под эндоскопическим контролем (Ярцев В.Д., 2016). Использовали баллонные катетеры диаметром 3 мм (производство «МедИнж», Пенза).

Результаты проведенного вмешательства оценивали в сроке семь дней, три месяца, шесть месяцев после операции. Субъективную оценку слезотечения оценивали по пятибалльной шкале Munk. Также проводили диагностическое промывание слезоотводящих путей.

Положительными результатами считались случаи, когда у пациентов отсутствовали субъективные ощущения слезотечения (0-1 балл по шкале Munk), и при промывании слезоотводящих путей жидкость вытекала струей в полость носа, без рефлюкса через парную слезную точку.

Статистическую обработку проводили с помощью программы Statistica 10.0. Для оценки достоверности различий в группах использовали критерий Хи-квадрат. Различия между значениями считали статистически достоверными при вероятности ошибки $p \leq 0,05$.

Результаты нашего исследования. У пациентов 1-й группы положительные исходы наблюдали в 15 случаях (75%). У пациентов 2-й группы положительные результаты наблюдали в 3 случаях (30%). Хи-квадрат = 5,63, p=0,017.

Заключение. Результаты клинического применения баллонной дакриопластики свидетельствуют об эффективности данного метода лечения стеноза вертикального отдела слезоотводящих путей.

Однако использование баллонной дакриопластики в лечении пациентов с комбинированными многоуровневыми стенозами слезоотводящих путей показало в большинстве случаев отрицательный результат. Поэтому врач дакриолог должен владеть всеми методами лечения патологии слезоотводящих путей (эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия, биканаликулярная интубация).

НЮАНСЫ ХОЛОДНОПЛАЗМЕННОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

Красножен В.Н. *, Школьник С.Ф.**
* КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия
**Чебоксарский филиал Государственного учреждения МНТК "Микрохирургия глаза" имени академика С.Н. Федорова, Чебоксары, Россия

Цель работы - улучшение результатов эндоскопической дакриоцисториностомии (ДЦР) путем применения холодной плазмы.

Пациенты и методы. В период с 2014 по 2017 год в клинике оториноларингологии «КОРЛ» Казанской медицинской академии сделано 23 односторонних ДЦР пациентам, страдавшим эпифорой в связи с непроходимостью слезных путей, в возрасте 18 – 70 лет. Женщин было 21, мужчин - 2. Диагноз «непроходимости носослезного протока» был подтвержден объективными методами обследования.

Для хирургической коррекции слезоотводящих путей было использовано современное оборудование — эндоскопы, иллюминатор, бор - машина (Karl Storz), щипцы, «режущие насквозь» (Elmed); холодноплазменный, биполярный аппарат Coblator II и электрод EIC 7070-01; новая эндоскопическая дакриологическая система (дакриоскоп d<1 mm) для трансканаликулярной визуализации слезоотводящей системы фирмы «Machida».

Особенностями оперативного вмешательства на слезном мешке являлись — использование дакриоскопа для выявления уровня обструкции слезных путей; иллюминатора для эндоназальной идентификации слезного мешка; радиоволнового электрода для удаления слизистой оболочки носа в проекции слезного мешка; бор-машины, обеспечивающей адекватный доступ к слезному мешку; формирование окна в области медиальной стенки кости слезной ямки, включая фронтальный верхнечелюстной отросток размером не менее 12х5 мм; абляция слизистой носа и медиальной стенки слезного мешка с формированием цистостомы размером, которое соответствует костному окну.

Далее, в раннем и позднем послеоперационном периоде проводилась активная терапия – антибактериальная (per os, в виде глазных капель, спреев для слизистой полости носа), увлажняющая слизистую оболочку, промывание слезных путей, полное объемное промывание полости носа, ингаляции муколитиков и антибиотиков небулайзером. Послеоперационное лечение продолжалось до полной эпителизации раны.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде восстановлена проходимость слезных путей у всех пациентов. Предоперационная эпифора устранилась, а проходимость слезоотводящих путей подтвердилась ирригацией слезного мешка через 2, 4, и 12 мес. после операции, что расценивалось как благоприятный исход вмешательства.

Выводы. Формированию стойкой риноцистостомы, очевидно, способствуют:

1. соответствие размера костного окна размеру цистостомы;
2. малотравматичное формирование цистостомы электродом EIC 7070-01 холодноплазменным, биполярным аппаратом Coblator II с акцентом на его нижнезадние участки;
3. идентификация уровня обструкции слезных путей с помощью дакриоскопа;
4. четкие показания для эндоскопической дакриоцисториностомии;
5. адекватная терапия в послеоперационном периоде, направленная на реабилитацию слизистой полости носа и слезных путей.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НОСА И ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Субботина М.В., Шишкина А.В., Казанцева Е.Д.
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», Иркутск, РФ

Актуальность. До настоящего времени только в единичных публикациях описано, что при сахарном диабете (СД) ацидоз и дегидратация тканей, вызванная усиленным выведением жидкости из организма, приводят к снижению pH носового секрета и замедлению мукоцилиарного транспорта (МЦТ) (Р.В. Кофанов, 1973; W.L. Yue, 1989; E. Selimoglu et al., 1999; A. Sachdeva et al.,1993).

Цель. определить функции носа и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у больных сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. работа проводилось на базе эндокринологического отделения Иркутской ордена "Знак почёта" областной клинической больницы с соблюдением этических норм. Нами было обследовано методом случайной выборки 20 пациентов с СД 1 и 2 типа, из них было 6 мужчин (30%) и 12 женщин (60%). У 9 из них (45%) была сопутствующая гипертоническая болезнь (ГБ). Средний возраст составил 58,75±12,8 лет. Во вторую контрольную группу были включены 20 пациентов из терапевтического отделения факультетских клиник ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет». Из них было 7 мужчин (35%) и 13 (65%) женщин, средний возраст составил 62,8 ± 12,1 лет. Различия между группами по полу и возрасту не достоверны. Всем пациентам проводили сбор жалоб, переднюю риноскопию, исследовали дыхательную функцию носа с помощью пробы Брюнингса, обоняние качественным (с помощью набора Воячека) и количественным методами с помощью растворов уксусной кислоты (0,01%, 0,5%, 0,1%), МЦТ оценивали при проведении сахаринового теста. Производили расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью on-line калькулятора на основании роста, веса, пола, возраста, расы и креатинина крови пациента. Сравнение показателей в группах проводили с помощью программы Statistica 6,0: количественных по U-критерию Манна-Уитни, качественных - по критерию Хи- квадрат.

Результаты. У 13 (65%) пациентов основной группы были выявлены жалобы на сухость в носу, у 4 (20%) – на затруднение носового дыхания, периодические кровянистые выделения из носа. В контрольной группе лишь 1 пациент предъявлял такие жалобы (5%) ($p<0,05$). При передней риноскопии у 13 из 20 больных СД слизистая оболочка носа была сухая (65 %), у 7 влажная (35%), а в контрольной группе – у 4 (20%) и 16 (80%) соответственно ($p=0,01$). Проба Брюнингса была 1.05±0,25 у больных СД и 0,98±0,28 в контрольной группы ($p>0,05$). Запах 0,01% раствора уксусной кислоты определили 13 (65%) больных СД и 18 (90%) в контрольной группе ($p<0,05$). Запах валерианы определили 19 (95%) больных СД и 19 (95%) – в контрольной группе. Нашатырный спирт определили все обследуемые. У больных СД pH носа справа была 6,53±0,5, слева 6,6±0,7. В контрольной группе: справа 7,1±0,5, слева 7±0,6 ($p=0,013$). МЦТ составил 11,3±8,5 минут в основной группе и 10,0±6,0 минут в группе сравнения ($p>0,05$). СКФ была значительно ниже при диабете по сравнению с контролем: у больных СД 57,6±20,4, у пациентов контрольной группы 84,9±20,0 ($p=0,01$).

Выводы. У больных СД часто есть жалобы на сухость в носу, у них немного снижено обоняние, ниже pH в полости носа по сравнению со сверстниками без диабета, что, вероятно, связано с нарушением функции почек.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ДЕТЯМ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ СИМУЛЬТАНТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Мещерякова Н.В., Кияшкин Р.С., Добриков А.В.
ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», Ставрополь, РФ

Экссудативный средний отит (ЭСО) у детей младшего возраста чаще всего формируется после перенесенной вирусной инфекции, на фоне наличия аденоидных вегетаций. По мнению отечественных и зарубежных авторов, основной причиной развития ЭСО является нарушение дренажной и вентиляционной функции слуховой трубы вследствие ее механической обструкции глоточной миндалиной (Арефьева Н.А.., 1998, Гаращенко Т.И., 2009, Rosenfeld R.M., 2004). Несмотря на множество методов консервативной терапии данной патологии, большинству больных с ЭСО необходимы хирургические методы лечения, своевременное выполнение которых может привести к полному излечению среднего отита и восстановлению слуховой функции (Преображенский Н.А., Гольдман И.И., 1987; Стратиева О.В., 1999; Лебедев Ю.А., 2000, Будяков С.В., 2003; Милешина Н.А., Дмитриев Н.С., 2003). Результат выполненной аденотомии в значительной мере зависит от визуализации операционного поля. Проведение эндоскопической аденотомия вместе с тимпанотомией под общим обезболиванием у детей младшего возраста с рецидивирующими средними отитами по мнению большинства авторов является целесообразным. Адекватное анестезиологическое пособие в детской ЛОР-хирургии является одним из важнейших факторов, обеспечивающих психофизиологический комфорт и снижение эмоциональной нагрузки на пациента. Требования к анестезии при ЛОР-операциях у детей несколько отличаются от таковых в других областях хирургии, что связано с возрастными особенностями строения верхних дыхательных путей, чрезвычайно высокой степенью рефлексогенности зоны оперативного вмешательства и ее обильной васкуляризацией. Абсолютное большинство зарубежных и некоторые отечественные специалисты считают методом выбора при подобных операциях у детей эндотрахеальную общую анестезию (Тимошенко А.Л., 2004; Grant I.S., 1994; Iro H., Hosemann W., 1993).

Цель исследования: совершенствование техники анестезиологического пособия детям младшего возраста с рецидивирующим ЭСО и хроническим аденоидитом.

Материалы и методы исследования. Прооперированы 110 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет, находившихся в ЛОР-отделении ГБУЗ СК КДКБ в период 2015-2016 гг. с диагнозом ЭСО (одно- или двусторонний). Из них 6 мес. - 1 год - 25 детей (23%), от 1 года до 2 лет – 37 (37%) детей, от 2-х до 3-х лет - 48 (44%). У 33 детей (30%) ЭСО был рецидивирующим. В предоперационном периоде проводился ряд стандартных общеклинических исследований, необходимых для проведения оперативного вмешательства. Проводились консультации сурдолога, невролога, окулиста. Всем пациентам была произведена игровая аудиометрия и импедансометрия. Объективно оценивали выраженность болевого синдрома, интоксикационного синдрома, наличия температурной реакции. Всем детям проводилось стандартное обследование ЛОР органов (риноскопия, фарингоскопия, эндоскопическое исследование носоглотки). При отоскопии и микроотоскопии больного уха обращали внимание на мутность барабанной перепонки, отсутствие светового конуса, наличие уровня жидкости или пузырьков воздуха в барабанной полости. На основании жалоб, клинических проявлений, st. localis, результатов объективного исследования принималось решение о необходимости проведения тимпанотомии по экстренным показаниям. При наличии аденоидных вегетаций 2-3 ст. в носоглотке, располагающихся в области устьев слуховых труб проводилась одномоментно эндоскопическая аденотомия. Премедикация состояла из следующих этапов: в

стандартных дозировках всем детям вводился атропин, в возрастных дозировках - антигистаминные средства (димедрол, супрастин). По нашему мнению, в премедикации нецелесообразно использовать препараты бензодиазепинового ряда (реланиум, седуксен, сибазон), поскольку, в силу своей фармакодинамики они не успевают элиминироваться из организма к моменту окончания операции. Способ индукции в общую анестезию проводился в зависимости от возраста. Преимущество отдавалось масочному галотановому наркозу, в качестве дополнительной аналгезии использовался анальгин. В 10 случаях, при наличии противопоказаний к проведению галотанового наркоза (заболевания печени, почек, нарушение проводимости сердечной мышцы) проводился комбинированный эндотрахеальный наркоз (гипнотик-пропофол, анальгетик-фентанил). Кетамин при ЛОР-операциях у детей мы не использовали, поскольку он: вызывает гипердинамию кровообращения с повышением АД, что увеличивает кровоточивость тканей в зоне операции, вызывает тахикардию, может оказывать психоповреждающее действие в ближайшем постнаркозном периоде, а также повышает гортаноглоточные рефлексы.

Результаты исследования. Прооперировано всего 110 детей, из них 6мес. - 1 год - 25 детей (23%), от 1 года до 2 лет – 37 (37%) детей, от 2х до 3-х лет - 48 (44%).

Время оперативного вмешательства с примененным видом анестезии составляло 15 -20 минут. У детей с рецидивирующими ЭСО, у которых был диагностирован хронический аденоидит (аденоидные вегетации 2 и 3 степени) и аденоидные вегетации распологались в области устьев слуховых труб была произведена тимпанотомия одновременно с эндоскопической аденотомией. Данная группа составила 30% общего количества пациентов. Негативные психоэмоциональные реакции в послеоперационном периоде были зарегистрированы всего у 3 пациентов (2,7%) с сопутствующей неврологической патологией. У этих пациентов ранее диагностировались синдромы ВЧГ и неврозоподобный, дислалия. Проявлялись данные реакции в виде реакций гипервозбуждения, плаксивости, агрессивности и нарушений сна. Купировались самостоятельно в течении суток. Спустя час после операции детям разрешалось пить воду и через 2 часа принимать пищу.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Кровотечений не было зарегистрировано. Парацентезные отверстия закрылись на 4-6 сутки. Пациентам назначался курс стандартной терапии (антибактериальной, симптоматической, физиотерапии, вибромассажа барабанных перепонок). Время нахождения в стационаре составило в среднем 10 койко-дней. Все дети выписаны из отделения с выздоровлением. Контрольная импедансометрия проводилась перед выпиской из стационара. Всем детям рекомендована консультация сурдолога через 1 месяц после выписки из стационара. Детям, имеющим неврологическую симптоматику, была рекомендована консультация невролога.

Выводы. 1. Использованный нами вид анестезии при непродолжительных операциях на ЛОР органах обеспечивал достаточную психоэмоциональную защиту ребенка и адекватную анальгезию, а также позволил сократить время пребывания ребенка под общей анестезией и увеличить пропускную способность операционной. 2. Негативные психоэмоциональные реакции при данном методе анестезии встретились в незначительном количестве наблюдений, что позволило нам с успехом использовать его при проведении кратковременных оперативных вмешательств. 3. Данный метод анестезии возможно успешно использовать при проведении кратковременных симультантных оперативных вмешательств в оториноларингологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТОВ PILLAR В ЛЕЧЕНИИ ХРАПА И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.

Скиданова И.А.
ФГБУ «КДЦ с поликлиникой» УДП РФ, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Проблема храпа и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) остается актуальной, поскольку отсутствие нормального сна отрицательно влияет на качество жизни пациента. Полноценное обследование пациентов с СОАС и храпом, залог правильного выбора тактики лечения. При выборе хирургического метода лечения необходимо четко определить уровень обструкции верхних дыхательных путей, иначе лечение может оказаться неэффективным. Все существующие методы хирургического лечения храпа и СОАС направлены на восстановление адекватного носового дыхания и устранение причин, вызывающих коллапс мягких тканей глотки.

Восстановление носового дыхания не вызывает особых сложностей. Затруднение вызывает выбор операции на мягком небе, поскольку большинство из них нарушают нормальную анатомию мягкого неба и не всегда имеют хорошую эффективность. В литературе описаны разные методики увулопластики, увулопалатопластики, латеральной фарингопластики с использование лазерных, радиочастотных, электохирургических и крио установок. Одним из наиболее перспективных направлений хирургического лечения СОАС стала имплантация в мягкое небо полимерных нитей. В зарубежной литературе описаны, проведенные рандомизированные исследования, посвященные оценке эффективности метода установки имплантов Pillar для лечения СОАС и храпа.

Метод установки имплантов Pillar основан на создании каркаса мягкого неба, с сохранением его нормальной анатомии. Суть метода заключается в установке в толщу мышечной ткани мягкого неба 3х имплантов Pillar (полиэтилентерефталатовые нити, длиной 18 и диаметром 1,5 мм). Установка импланта провоцирует воспалительную реакцию, которая ведет к формированию фиброзной ткани. Это обеспечивает снижение колебаний мягкого неба и предотвращает коллапс мягких тканей во время сна. В связи с увеличением ригидности мягкого неба, частота случаев апноэ и гипопноэ снижается. При этом сохраняется нормальная анатомия глотки и не происходит грубого рубцевания. Эффективность такого вмешательства напрямую зависит от правильного выбора пациентов для имплантации.

Цель: изучить эффективность метода установки имплантов Pillar в мягкое небо в лечении пациентов с храпом и СОАС разной степени тяжести.

Материалы и методы исследования

В КДЦ с поликлиникой было обследовано 48 пациентов (38 мужчин и 10 женщин), имеющих расстройства дыхания во сне. Все пациенты прошли комплексное обследование, включающее: осмотр оториноларинголога (риноскопию, фарингоскопию, эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки, фиброларингоскопию), аппаратные методы исследования (полисомнографию, кардиореспираторное мониторирование), рентгенографию верхних дыхательных путей, лабораторные исследования, консультации терапевта, кардиолога и эндокринолога.

Клинически СОАС в 100% случаев сопровождался храпом. В большинстве случаев пациенты жаловались на храп, возникающий в положении лежа на спине, что закономерно у пациентов с орофарингеальным уровнем обструкции. 35 пациентов отмечали плохой сон и дневную сонливость. Уровень дневной сонливости напрямую зависел от степени тяжести сонного апноэ. 9 пациентов жаловались на заложенность носа, усиливающуюся в положении лежа и сухость во рту по утрам. 4 пациента жаловались на частое ночное мочеиспускание. 20 пациентов отмечали утренние подъемы артериального давления. Избыточная масса тела выявлена у 45 пациентов.

Из 48 человек, патология ЛОР-органов, требующая хирургической коррекции, была выявлена у 29 пациентов и распределилась следующим образом: у 6 пациентов - искривление перегородки носа, у 8 - хронический ринит, у 1 - хронический полипозный риносинусит, у 2 - гипертрофия небных миндалин, у 1- гипертрофия аденоидов, у 1- киста Торнвальда, у 6 - гипертрофия мягкого неба, у 8 - гипертрофия небного язычка, у 10- удлиненный небный язычек.

Для определения уровня обструкции, проводилась проба Мюллера. Под контролем эндовидеоскопической техники, оценивалось состояние ВДП при инспираторном усилии пациента с закрытыми носом и ртом, в положении сидя и лежа.

Данные кардиореспираторного мониторирования и полисомнографического исследования выявили, что 17 мужчин имели тяжелое течение синдрома сонного апноэ, 10 – среднюю степень и 11 – легкую степень тяжести СОАС. У 2х женщин выявлена тяжелая степень апноэ, 4 женщины имели среднее течение сонного апноэ и 4 – легкую степень тяжести СОАС. У большинства обследованных пациентов (91%) выявлена III степень храпа. Была исследована распространенность сопутствующей патологии у пациентов с храпом и СОАС. Метаболический синдром был выявлен у 17 пациентов, гипертоническая болезнь - у 20 пациентов, нарушения сердечного ритма – у 9, сахарный диабет 2 типа - у 4, сахарный диабет 1 типа – у 3 пациентов. При анализе полученных результатов выявлена зависимость тяжести течения СОСА от наличия у пациентов сопутствующих заболеваний. Больные с соматически отягощенным анамнезом имели более тяжелое течение СОАС.

Метод установки имплантов Pillar в мягкое небо был применен у 15 пациентов с храпом и СОАС легкой степени тяжести, у 4 пациентов с СОАС средней степени тяжести, и у 3 пациентов с тяжелой степенью апноэ на фоне CPAP терапии.

Процедура проводилась амбулаторно под местной анестезией. Первый имплант устанавливался по срединной линии, начиная у места пересечения мягкого и твердого неба, второй и третий имплант - на расстоянии 2 мм справа и слева от центрального имплантата. У 13 пациентов одномоментно проводилась лазерная коррекция удлиненного язычка и провисающих задних небных дужек, у 2х – двухсторонняя тонзиллэктомия. У 3х пациентов перед установкой имплантов в мягкое небо, первым этапом проводились операции для восстановления адекватного носового дыхания – подслизистая коррекция перегородки носа, лазерная нижняя вазотомия, у 1 – эндоскопическая полипотомия полости носа, гайморoэтмоидотомия.

Эффективность метода оценивалась через 3 месяца после операции. Отсутствие храпа отметили 80% пациентов, снижение интенсивности храпа - 20%. Оценка течения СОАС проводилась по данным кардиореспираторного мониторирования и полисомнографического исследования. Снижение ИАГ отмечено в 93% случаев у пациентов, которым было проведено контрольное обследование.

26 пациентам с СОАС тяжелой и средней степени тяжести была подобрана CPAP терапия.

Выводы:

1.Установка имплантов Pillar в мягкое небо является эффективным методом лечения храпа и СОАС легкой и средней степени тяжести, при правильном отборе пациентов для проведения процедуры.

2. Использование метода имплантации позволяет сохранить нормальную анатомию глотки и при этом предотвратить спадание мягких тканей во время сна, за счет укрепления мягкого неба.

3. Перспективность метода обусловлена возможностью снижения степени тяжести СОАС у пациентов с тяжелым течением, находящихся на CPAP терапии.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мусатенко Л.Ю., Сайдулаева А.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, РФ

Введение. За последнее десятилетие существенно увеличилось число оториноларингологических больных с сочетанными хирургическими заболеваниями, которым проводится более одной операции одномоментно. Во многом, это объясняется достижениями в области анестезиологии, совершенствованием технической оснащенности хирургических вмешательств, созданием мощных антибактериальных, биологически активных препаратов, снижающих риск развития интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Материал и методы. С 2012 по 2017гг. в ЛОР - клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено обследование и лечение 35 пациентов, в возрасте от 20 до 59 лет, с сочетанной патологией носа, включающей искривление перегородки носа, вазомоторный ринит, синехии полости носа. У всех пациентов основной жалобой было выраженное затруднение носового дыхания в течение длительного периода времени (от 2 лет до 15 лет). В анамнезе имелись сведения о ранее перенесенных травмах носа, эндоназальных хирургических вмешательствах направленных на восстановление основных функций носа. При обследовании у всех пациентов выявили искривление перегородки носа, характерные признаки вазомоторного ринита, синехии полости носа. У 27 больных синехии обнаружены в одной половине, у 8 - в обеих половинах носа. Их локализация, протяженность были вариабельны, толщина не превышала 3мм. Хирургическое лечение сочетанной патологии носа у данного контингента больных проводили одномоментно, под эндотрахеальной анестезией. Септопластику выполняли, используя щадящие традиционные методики. Иссечение синехий полости носа, двухстороннюю вазотомию нижних носовых раковин проводили разработанными нами способами, основанными на использовании излучения импульсного твердотельного ИАГ-Но (гольмиевого) лазера, установки СТН-10 (длина волны 2,09мкм). Они характеризуются простотой выполнения, отсутствием интраоперационных осложнений, гипореактивным течением послеоперационного периода, быстрым и качественным заживлением операционных ран. По окончании операции в обе половины носа устанавливали пальцевые тампоны сроком на 1 сутки, проводилась антибактериальная, симптоматическая, местная противовоспалительная терапия.

Результаты. Улучшение риноскопической картины, показателей носового дыхания и обоняния у пациентов отмечали уже на 2-3 сутки после хирургического лечения. Восстановление основных функций носа констатировали на 5-7 сутки, риноскопической картины - к концу первого месяца. На протяжении контрольного периода, от 6 месяцев до 2 лет, положительный результат стойко удерживается у 30 (85,7%) лиц исследуемой группы. В 4 случаях (11,4%) имел место рецидив вазомоторного ринита, в 1 (2,9%) – синехий полости носа, вследствие чего, данным пациентам потребовалось повторное лазерное хирургическое вмешательство.

Выводы. Таким образом, одномоментое хирургическое лечение сочетанной патологии носа с использованием излучения гольмиевого лазера характеризуется быстрым и стойким восстановлением функционального состояния носа пациентов, позволяет, в подавляющем большинстве случаев значительно сократить сроки реабилитации больных.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГОВ БАЗОВОГО УРОВНЯ ДЛЯ ОТРАБОТКИ НАВЫКОВ БИМАНУАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ: ОТ МИКРОХИРУРГИИ К ЭНДОСКОПИИ

Ласунин Н.В., Гольбин Д.А.
Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Практическая подготовка по хирургии основания черепа является одной из ключевых задач во время обучения в ординатуре и аспирантуре. Недостаток анатомического материала и хирургических симуляторов обусловливает необходимость создания удобных и эффективных моделей для отработки различных хирургических навыков. Эндоскопия занимает все более значимое место в хирургии основания черепа, в связи с чем давно назрела необходимость в предоставлении молодым хирургам возможностей практического обучения «с нуля».

Материал и методы. В ФГАУ «НИИ НХ» Минздрава России был разработан тренинг «От микрохирургии к эндоскопии» специально для обучающихся врачей. С июня 2015 г. было проведено шесть мастер-классов, первые два из которых были двухдневными, а три – однодневными. Мастер-классы содержали короткую теоретическую часть и были рассчитаны, в первую очередь, на выполнение практических заданий. Каждый мастер-класс был рассчитан на 4 рабочих места (8 курсантов). Базой для проведения являлся тренинг-центр компании «Карл Шторц», которая предоставляла оборудование, инструменты и расходные материалы. Всего прошли обучение 46 молодых специалистов, в том числе врачи нейрохирурги, оториноларингологи и онкологи.

Результаты. Была реализована основная идея обучения – подготовка к работе с эндоскопом через выполнение микрохирургических манипуляций в условиях двумерной визуализации. В микрохирургической части мастер-классов курсанты осваивали дуральный шов, сосудистый шов, шов нерва, а в эндоскопической – основные принципы мономануальной и бимануальной работы с эндоскопом, эндоскопическим бором и обучались командной работе. Примечательно, что мастер-класс вызвал интерес не только у ординаторов, но и врачей с опытом.

Выводы. Востребованность мастер-класса указывает на нехватку подобных обучающих мероприятий для молодых специалистов. Анкетирование курсантов показало, что содержание мастер-класса соответствовало поставленным задачам и ожиданиям обучаемых вне зависимости от опыта работы. Мастер-класс стал не только тем первым шагом, с которого должен начинаться путь практического саморазвития, но и положил начало разработке целой серии тематических тренингов по микрохирургии и эндоскопии.

ОПЫТ СОВРЕМЕННОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Конеченкова Н.Е., Накатис Я.А., Рымша М.А.
ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова» ФМБА России
Кафедра оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета СПбГУ, Санкт-Петербург, РФ

По статистическим данным синуситом болеют около 10% населения всех развитых стран мира. В России удельный вес пациентов с патологией носа и околоносовых пазух ежегодно увеличивается на 1,5-2% и достигает 52,7%. В ЛОР-отделении КБ № 122 с 2011 по 2016 г.г. пролечено с положительным эффектом 1919 пациентов с диагнозами: острый синусит - 65,3% и обострение хронического синусита - 34,7%.

Синусит (острый или обострение хронического) практически всегда начинается в результате блокады естественного соустья полости носа с околоносовыми пазухами. Вследствие этого, развивается застой секрета и ухудшение воздухообмена в синусах, нарушается механизм мукоцилиарного клиренса и в пазухах создаются оптимальные условия для бактериальной инфекции и развития синусита. Высокая распространенность и тяжелые осложнения болезни делают её одной из ведущих медицинских проблем в мире. Традиционный консервативный метод лечения синусита — это курсовой прием антибиотиков, элиминационная и муколитическая терапия, а в более тяжелых случаях – применение интраназально топических кортикостероидов. Существенным недостатком такого метода является возрастающая резистентность микрофлоры носа и околоносовых пазух к антибиотикам, а также формирование зависимости от деконгестантов и аллергизация при длительном и малоэффективном лечении.

Эвакуация содержимого из околоносовых пазух может проводиться различными методами: с помощью ЯМИК катетера, дренирование синуситов также успешно осуществляется с помощью пункции пазух (верхнечелюстных и лобных) под местной анестезией с последующим промыванием антисептическими растворами, раствором 1% Диоксидина и др. Эти методы эффективны, но всегда травматичны для пациента и могут осложняться кровотечением или повреждением окружающих органов и тканей.

Современный надежный малоинвазивный метод лечения синуситов - это баллонная синусопластика, которая в настоящее время используется в нашей клинике. Суть метода состоит в том, что в выводное устье воспаленной пазухи под местной анестезией и визуальным эндоскопическим контролем вводится маленький баллон, который аккуратно раздувается на несколько секунд с помощью жидкости и тем самым раздвигает заблокированные отечной слизистой стенки естественного соустья пазухи. После «сдувания» баллона слизистая оболочка пазухи становится доступна для орошения лекарственными веществами или промывания антисептическими растворами. Процедура весьма эффективна и может проводиться в условиях оториноларингологического отделения стационарно или современно оснащенного медицинского центра амбулаторно под наблюдением врача - оториноларинголога.

Клиники Канады, США и ряда стран Европы на протяжении нескольких лет проводили клинические исследования нового устройства и доказали, что баллонная синусопластика является весьма эффективной процедурой при лечении хронических синуситов с частыми обострениями и проводится с минимальным риском для жизни больных.

Несмотря на то, что метод недавно внедрен в практику, определенное представление о нем уже сложилось. Безусловно, метод показан при лечении гнойных процессов в околоносовых (верхнечелюстных, лобных и клиновидных) пазухах. Одним из важных положительных моментов является безопасность, малоинвазивность и возможность визуального контроля за проведением процедуры, что позволяет минимизировать

возможность осложнений. Ремоделирование соустий верхнечелюстных пазух нами чаще проводилось в сочетании с функциональной хирургией синусов, вместо традиционного хирургического расширения соустья. Результаты позитивные, но срок наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде недостаточно длителен для статистически подтвержденных выводов - от 1 до 6 месяцев. Однако, в результате длительного наблюдения, у наших пациентов тенденции к уменьшению размеров ремоделированного соустья не наблюдалось, что позволяет рекомендовать этот метод для широкого внедрения в практику.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Лысюк Е.О.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, РФ

Введение: по данным мировой литературы около 30-45% женщин во время беременности предъявляют жалобы со стороны носа. Чаще всего это затруднение носового дыхания и носовые кровотечения, особенно во II и III триместрах, когда реактивность слизистой оболочки носа обусловлена повышенным содержанием эстрогенов в крови, что вызывает дилятацию сосудов и гиперсекрецию слизистой оболочки полости носа.

Цель: сравнить эффективность использования полупроводникового лазера и биполярного каутера, их сочетания при удалении сосудистых новообразований полости носа, оценить разнообразие гистологических вариантов новообразований полости носа у женщин на фоне измененного гормонального статуса в период беременности и лактации.

Методы: во всех случаях причиной обращения в оториноларингологическое отделение ПСПбГМУ им. И.П.Павлова были рецидивирующие носовые кровотечения. Всего за последние 2 года под наблюдением находились 15 женщин (3-во II триместре беременности, 5-в III, 6-в периоде лактации и 1 – в I триместре). Всем пациенткам выполнялся эндоскопический осмотр полости носа с помощью ригидного эндоскопа 0 градусов. При контроле показателей системы гемостаза, с учетом рентгенологических данных (КТ ОНП выполнялась кормящим женщинам) после аппликационной анестезии слизистой оболочки перегородки и полости носа раствором ультракаина 1:100000 1 мл выполнялось удаление новообразования с помощью полупроводникового лазера в контактном режиме на мощности 7 Вт, либо биполярная коагуляция сосудистого образования на мощности 20 Вт. При выборе предпочтительного способа оценивались такие параметры, как объем образования, характер его кровоснабжения, степень распространенности в близлежащие анатомические структуры.

Результаты: В 8 случаях для удаления сосудистого новообразования использовался полупроводниковый лазер, в 6 – биполярная коагуляция. В одном случае предварительно перед вмешательством выполнялась двусторонняя эмболизация a. sphenopalatina в связи с обильной васкуляризацией новообразования, тогда же использовалось сочетание лазерного воздействия и биполярной коагуляции. Во всех представленных случаях осложнений не наблюдалось. Носовые кровотечения не возобновлялись, т.к. был устранен источник их возникновения. По данным гистологического исследования сосудистые образования были представлены: капиллярной гемангиомой, полипозной тканью, кавернозной ангиомой, папилломой в стадии текущего воспаления (с диффузной инфильтрацией лимфоцитами и макрофагами) и др.

Выводы: Представленные результаты демонстрируют возможность эффективного применения полупроводникового лазера при невыраженной васкуляризации новообразований полости носа, а также их сочетание с биполярной коагуляцией при более активном сосудистом питании патологического образования полости носа у беременных и у женщин в период лактации.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ БЕЗ УСТАНОВКИ СИНТЕТИЧЕСКИХ ДРЕНАЖЕЙ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦЕВАНИЯ ДАКРИОРИНОСТОМЫ

Семенов В. Ф.
ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, РФ

Введение. Заболевания, связанные с патологией слезоотводящей системы, в структуре глазных болезней составляют около 30%. Помимо неприятных субъективных ощущений хроническое воспаление слезоотводящих путей представляет собой прямую угрозу для глазного яблока, в частности, роговицы, вызывая кератиты и язвы. Основным современным способом лечения непроходимости вертикального отдела слезоотводящих путей является эндоскопическая дакриоцисториностомия. По данным разных авторов частота рецидивов после дакриоцисториностомии, может достигать 25-30%, из них 50% - в первые 6 месяцев. Основной причиной неэффективности дакриоцисториностомии является заращение образованного соустья грануляционной тканью с последующим рубцеванием. Наиболее распространённым методом профилактики раннего послеоперационного стенозирования признано использование временных синтетических дренажей из различных материалов, чаще силикона. Вместе с тем есть и отрицательные стороны применения таких дренажей: прорезывание слёзных точек и канальцев, развитее гранулём, каналикулитов, воспаление окружающих тканей, дислокация и выпадение интубационного материала, необходимость его удаления, образование пролежней. Ещё одной проблемой является отсутствие возможности промывания слезоотводящих путей. С учетом сказанного мы посчитали возможным отказаться от постановки временного синтетического дренажа в слезоотводящие пути при проведении эндоскопической дакриоцисториностомии тем пациентам, у которых на завершающем этапе операции носослёзный канал свободно промывался через нижнюю слёзную точку. Теоретическим обоснованием такой тактики, помимо вышеназванных недостатков дренирования вновь созданного канала, мы считаем положительное влияние непрерывного промывания его слезной жидкостью. Последнее само по себя является эффективным способом профилактики рестенозирования по аналогии со свищевыми ходами различной этиологии.

Цель исследования. Целью исследования является обоснование эффективности эндоскопической дакриоцисториностомии без использования длительного дренирования слезоотводящих путей после восстановления их проходимости.

Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии с использованием дренажей в послеоперационном периоде проведен на основании телефонного опроса 200 пациентов, прооперированных в нашей клинике 5 и более лет назад (контрольная группа). Результаты использования методики без дренирования оценивались в основной группе из 172 больных (188 глаз). В обеих группах больных выделены случаи неосложнённого дакриоцистита (НД) и случаи с абсцедированием слёзного мешка (АД). 85% всех пациентов были в возрасте от 40 до 70 лет. В основной группе в ходе операции после удаления медиальной стенки слёзного мешка дренажный стент в слезоотводящие пути не устанавливали. В послеоперационном периоде, наряду с местной антибактериальной, противовоспалительной, терапией, проводилось промывание слёзных путей 1-2 раза в неделю в течение 1 месяца. Контрольные осмотры с анкетированием пациентов осуществляли через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты. Результаты лечения примерно одинаковы во всех группах больных. То есть при свободной проходимости слезоотводящих путей для промывной жидкости после удаления медиальной стенки слезного мешка даже в случаях абсцедирующего

дакриоцистита можно обойтись без стентирования. Отдаленные результаты при использовании стентов не улучшаются. Более того есть основания думать, что стент может способствовать рубцеванию носослезных путей за счет травмирования слизистой оболочки. Однако для получения статистически достоверного подтверждения данного факта необходимо увеличение количества наблюдений.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что при выполнении эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии в случае свободной проходимости слезоотводящих путей на завершающем этапе операции установка дренажной трубки в слезоотводящие пути не целесообразна.

Семенов Вячеслав Федорович, ассистент кафедры ЛОР-болезней ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук
89184146973

ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

Ларин Р.А.*, Шахов А.В.**
*ГБУЗ Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия
** ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

В настоящее время наблюдается увеличение количества наблюдений изолированного сфеноидита (ИС) в рутинной клинической практике. Удельный вес ИС в общей структуре заболеваний околоносовых пазух составляет не более 5%, при этом от 60 до 80% всех поражений обусловлены воспалительной патологией. Тактика в отношении патологии клиновидной пазухи, особенно при латентном течении, нередко пассивна, что приводит к развитию осложнений. Основной метод лечения ИС- эндохирургический. В литературе описаны трансназальный (парасептальный), трансэтмоидальный, транссептальный доступы, а также модификации этих доступов. Вопросы детальной проработки методов и показаний к хирургическому лечению не находят широкого отражения в научной литературе последнего десятилетия. При этом количество наблюдений ИС (в т.ч. осложненных форм) в повседневной практике растет, что обусловливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: провести анализ вариантов хирургического лечения при изолированных поражениях клиновидной пазухи

Материалы и методы: В работе приведены данные о лечении 130 пациентов с поражением клиновидной пазухи, которые находились на стационарном лечении в ГБУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко (кафедра болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО Ниж ГМА Минздрава РФ) в период 2014-2017 г.г., из них 58 пациентов с диагнозом изолированный сфеноидит. Возраст - от 18 до 68 лет. Средний возраст пациентов с изолированным сфеноидитом - 43 года. Гендерное распределение: мужчины - 21 (30,7 %), женщины - 37 (69,3%).

Результаты и их обсуждение. Пациенты с впервые установленным диагнозом сфеноидит составили около 89 % от общего количества. В большинстве наблюдений точный диагноз изолированного поражения КП и морфологической формы был установлен только в стационаре. Точный диагноз ИС на догоспитальном этапе был установлен у 11 пациентов (18,9%). В 80% наблюдений пациенты были направлены в стационар с диагнозом хронический синусит, новообразование КП. 11% (6 пациентов) составили пациенты с рецидивами после ранее перенесенного лечения. Диагноз был установлен при поступлении в клинику на основании симптоматики, анамнеза, визуального осмотра (в т.ч. диагностической эндоскопии), данных КТ, МРТ. Пациенты с осложненным течением ИС, либо при подозрении на новообразование пазухи, осмотрены офтальмологом, неврологом, нейрохирургом. Один из пациентов в течение 1,5 месяцев проходил дообследование и лечение у невролога, офтальмолога, оториноларинголога в связи офтальмоплегией. При поступлении в клинику был установлен диагноз экстранодальной NK-T лимфомы с локализацией в клиновидной пазухе.

Распределение по характеру патологического процесса: полипозный, полипозно-гнойный процесс -15 (25,8%), киста - 18 (31%), мукоцеле - 5 (8,6%), грибковый сфеноидит - 12 (20,6%), инвазивный грибковый сфеноидит – 2 (3,4%), менингоцеле - 4 (6,8%), опухолевое поражение – 2 (3,4%). Осложненное течение в виде пареза n. abducens, офтальмоплегия наблюдалось у 4-х пациентов. У одного пациента с инвазивным грибковым сфеноидитом наблюдались явления офтальмоплегии и молниеносное развитие сепсиса.

Всем пациентам с ИС проводилось эндохирургическое лечение. Выполнялись следующие варианты оперативных вмешательств: трансназальный доступ - 18 (31%),

расширенный трансназальный доступ - 22 (37,9%), трансэтмоидальный доступ - 10 (17,2%), доступ по методике Bolger Box - 8 (13,9 %). Осложнений не наблюдалось. На 5-7 сутки всем пациентам выполнялась эндориноскопия.

В срок от 2 до 3-х месяцев 11 пациентам выполнено контрольное КТ исследование и эндориноскопия. Остальные пациенты (из отдаленных районов) не проходили контрольный осмотр. Повторное (ревизионное) вмешательство проводилось в одном случае у пациента, которому ранее выполнена сфенотомия по поводу хронического сфеноидит, но не была вскрыта (распознана) клетка Оноди, в которой локализовалось грибковое воспаление. Также в 5 случаях потребовалось ревизионное вмешательство связи с рубцовым процессом в области расширенного соустья пазухи. Следует отметить, что пациентам с рецидивом, ранее было выполнено вмешательство в объёме трансназальной сфенотомии с зондированием либо парциальным расширением соустья. Общая частота рецидивов в т.ч. наблюдения, когда проводилось консервативное лечение (при функционирующем соустье) составила около 12%. Наиболее часто рецидивы сфеноидита отмечены при полипозной и полипозно–гнойной форме поражения (около 70% от общего числа), реже - при кистозных формах и мукоцеле (около 25%). Рецидивы при грибковых формах поражения наблюдались примерно в 5%. При этом рецидивное воспаление в пазухе носило полипозно-гнойный характер без грибкового компонента.

Выводы: Изолированный сфеноидит в структуре пациентов, которым проводилось эндохирургическое лечение при патологии ОНП, составил 3% (около 30% от общего числа сфеноидитов). В стационаре пациенты с точно установленным диагнозом изолированный сфеноидит на догоспитальном этапе составили не более 12 % от общего числа, что связано как с гиподиагностикой ИС, так и пассивной позицией в отношении патологии клиновидной пазухи у врачей амбулаторного звена.

Основной метод лечения изолированного сфеноидита - хирургический. Наиболее часто применялся расширенный трансназальный доступ. Рецидивы были обусловлены рубцеванием соустья при недостаточном его расширении и чаще встречались при полипозно-гнойных формах. Необходимы дальнейшие исследования с целью изучения особенности/безопасности и клинической эффективности различных эндохирургических доступов.

ОСЛОЖНЕНИЯ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Шелеско Е.В., Капитанов Д.Н., Фомочкина Л.А., Зинкевич Д.Н., Черникова Н.А.
ФГАУ "ННПЦН им. академика Н.Н. Бурденко" Минздрава России, Москва, РФ

Введение. Назальная ликворея имеет различную этиологии, локализацию, ее симптоматика варьирует от скрытых проявлений до профузного истечения цереброспинальной жидкости из полости носа. Однако вне зависимости от этих факторов это заболевание приводит к потенциально смертельным осложнениям.

Цель. Анализ всех возможных осложнений назальной ликвореи с применением своевременных методов диагностики и лечения для разработки эффективной профилактики.

Материалы и методы. За период с 1999г. по 2016г. проанализированы осложнения у 511 пациентов, проходивших хирургическое лечение в НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко с диагнозом назальная ликворея. В порядке убывания по частоте возникновения осложнения распределились следующим образом: менингит (до операции 20,4%, в раннем послеоперационном периоде 4,7%), гипотензивный синдром (2,1%), воспаление бронхолегочной системы (0,97%), пневмоцефалия (0,78%).

Результаты: Диагностика менингита осуществлялась по клинико-неврологическим данным (менингиальные симптомы, общемозговая, гипертензионная, пароксизмальная симптоматика) и лабораторным показателям (изменения в общем анализе ликвора, в биохимическом анализе крови, положительный посев ликвора). Стартовая схема эмпирической антимикробной терапии была максимально расширенной и включала в себя препараты, направленные на «Грам+» и на «Грам-» микроорганизмы (карбопенемы+ванкомицин, карбопенемы+линезолид, карбопенемы+аминогликозиды, сульперазон+ванкомицин, сульперазон+аминогликозиды). Дополнительно в лечении менингита применялась дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. Гипертензионный синдром возникает при давлении цереброспинальной жидкости менее 80 мм вод. ст. и проявляется головной болью, тахикардией, парастезиями, головокружением, тошнотой, слабостью. При выраженном снижении ВЧД возможно нарушение дыхания, цианоз кожных покровов, липкий и холодный пот. В лечении имеет значение ограничение физических нагрузок и постельный режим, инфузионная и симптоматическая терапия. Воспаление бронхо-легочной системы наблюдались в случаях профузной НС вследствие попадания ликвора в ВДП в горизонтальном положении и успешно купировались антибактериальной терапией. Пневмоцефалия является весьма редким осложнением. Для диагностики необходимо знать характерные неврологические проявления с преобладанием психиатрической симптоматики и поражения ЧМН. Диагноз подтверждается рентгенологическими данными. Консервативное лечение предполагает противоотечную, сосудистую, метаболическую, противосудорожную и антибактериальную терапию. Оперативное вмешательство показано при напряженной пневмоцефалии с угнетением сознания и симптомами вклинения ствола головного мозга, в случае образования свищевого хода и неэффективность консервативной терапии и при повторяющихся эпизодах пневмоцефалии.

Заключение. Ранняя диагностика осложнений назальной ликвореи не представляет сложностей с применением комплекса клинических, лабораторных, инструментальных и рентгенологических исследований. Своевременное применение консервативных и по показаниям хирургических методов лечения позволяет эффективно справиться со всеми возникшими осложнениями. Хирургическое лечение назальной ликвореи является главным методом профилактики ее осложнений.

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бабаев С.Ю.*, Красильникова С.В.*, Козаренко Е.А.*, Елисеева Т.И.*, Шахов А.В.*
*ГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Введение. Бронхиальная астма – заболевание, характеризующееся высокой частотой сопутствующих болезней и коморбидных состояний. Первенство по частоте ассоциации с БА принадлежит риниту, и прежде всего аллергическому риниту (АР). По данным клиники института иммунологии у 87% больных отмечается сочетание бронхиальной астмы (БА) с аллергическим ринитом (АР), у 64% больных ринит предшествовал астме.

Цель исследования: Определить особенности течения аллергического ринита у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Было обследовано 30 детей в возрасте от 3 до 17 лет с атопической бронхиальной астмой различной степени тяжести. Верификацию диагноза БА выполняли в соответствии с рекомендациями Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» и с учетом критериев GINA. Диагноз аллергического ринита формировали на основании результатов анамнеза, оценки клинических симптомов (назальной обструкции, зуда, чихания, ринореи, данных визуальной оценки — риноскопии). При этом оценивали цвет, тонус, наличие отека, гипертрофические изменения слизистой оболочки носовой полости, наличие и характер выделений в носовых ходах. Исследование ВДП включало помимо стандартного осмотра ЛОР-органов видеоэндоскопическое обследование полости носа и носоглотки с применением ригидного эндоскопа. Проводилось измерение интраназальной температуры с помощью портативного лазерного термометра. С целью определения изменения кровотока в носовой полости проводилась фармакологическая проба с интраназальным комбинированным препаратом на основе фенилэфрина и диметиндена малеата. Все пациенты опрошены с помощью опросников TNSS и SNOT – 20. Расчеты и оценка результатов выполнены с помощью программы Microsoft Excel 2007 и Statistica 10.0 StatSoft

Результаты и обсуждение. По результатам исследования у детей с бронхиальной астмой чаще встречается круглогодичный аллергический ринит персистирующего течения (40%). У 21 пациента (70%) при осмотре выявлены аномалии носовых структур в виде искривления носовой перегородки. При риноэндоскопии у 21 пациента (70%) выявлено увеличение глоточной миндалины. У 12 детей – 2 степени, у 6 детей – 3 степени и у 4 детей – 1 степени. При исследовании калориферной функции носа установлено, что средняя температура слизистой оболочки носа у детей с обострением аллергического ринита несколько выше показателей здоровых детей (по данным литературы температура колеблется от 31˚С до 35˚С) и составила 37˚С. В период ремиссии температура соответствовала норме. После проведения фармакологической пробы с фенилэфрином и диметинденом малеатом в период обострения аллергического ринита температура снижалась на 2,1±0,8 градуса, в период ремиссии на 1,2±0,6 градуса. При анализе опросника TNSS основной вклад в симптоматику аллергического ринита вносит ринорея и заложенность носа. По данным опросника SNOT-20 аллергический ринит не влияет на качество жизни, а дискомфорт приносит лишь симптоматика заболевания.

Выводы. Высокая чистота встречаемости у детей искривления носовой перегородки, может указывать на дисплазию соединительной ткани ассоциированную с бронхиальной астмой, что может требовать индивидуального лечебного подхода. Существенный вклад в формирование назальной обструкции у детей с бронхиальной астмой вносит гипертрофия глоточной миндалины. Исследования калориферной

функции с применением фармакологической пробы поможет определить фазу течения аллергического ринита.

ОСОБЕННОСТИ АЭРОДИНАМИКИ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЕЕ ФОРМЕ

Неронов Р.В.*, Гайворонский А.И.**, Рассадина А.А.***, Малышев А.Г.***
*АО “Современные медицинские технологии” Санкт-Петербург, РФ.
** Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, РФ.
***Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург, РФ.

Введение. Форма носа отличаются высокой изменчивостью и часто соответствуют определенным климатическими условиям. Так, в холодном и сухом климате преимущественно встречаются лепторины (узконосые), в жарком и влажном климате – платирины (широконосые). Ученые национального университета Сингапура, исследовав параметры носового дыхания в зависимости от формы наружного носа, выявили различия в движении воздуха в полости носа у лепто-, мезо-, и платиринов при дыхании. Учитывая, что носовой указатель (форма наружного носа) не всегда соответствует форме полости носа, то изучение направления воздушных потоков при дыхании в зависимости от формы полости носа является более целесообразным.

Целью данной работы являлось изучение морфометрических характеристик, анатомических особенностей и компьютерное моделирование аэродинамики полости носа при различной ее форме.

Материал и методы. Исследование проведено на 100 мацерированных паспортизированных мужских черепах, распиленных в срединной плоскости, и 200 компьютерных томограммах околоносовых пазух и полости носа мужчин 1 и 2 периодов зрелого возраста. Выполнено виртуальное моделирование направления воздушных потоков выполнено в пакете моделирования ANSYS FLUENT при вдохе и выдохе на трех компьютерных виртуальных моделях лепто-, мезо- и платикавитальной полости носа с использованием твердотельных 3D модели различных форм полости носа, изготовленных методом 3D печати в масштабе 1:1. Моделирование вдоха и выдоха осуществлялось экспериментатором через ПВХ трубку, имитирующую нижние отделы дыхательного тракта и крепящуюся к 3D модели в области нижних отделов глотки. Оценка распределения потока воздуха внутри 3D моделей полости носа производилась методом инфракрасной визуализации с помощью тепловизора Testo 890 в температурном диапазоне 20–30°C. Для объективной оценки формы полости носа применялся разработанный указатель полости носа, который определялся как отношение ширины полости носа (расстояние между решетчатыми отростками нижних носовых раковин) к высоте полости носа. Измерения высоты и ширины полости носа выполнялись с использованием мультипланарной реконструкции в коронарной плоскости, в месте расположения решетчатых отростков нижних носовых раковин, перпендикулярно дну полости носа. Данная плоскость была выбрана не случайно, так как она проходит через структуры остиомеатального комплекса, характеризующего функциональное состояние соустий верхнечелюстных, лобных пазух и передних ячеек решетчатого лабиринта.

Результаты. Поведенное исследование размеров полости носа на мацерированных черепах и материалах компьютерной томографии позволило распределить материал на 3 группы по форме полости носа – лептокавитальную, мезокавитальную и платикавитальную, т.е. с узкой, средней по величине и широкой полостью носа. Анализ показал, что среди всех форм полости носа преобладает мезокавитальная, она составляет 64% из всего числа наблюдений, на долю лепто- и платикавитальной группы (крайних форм полости носа) приходится 19 и 17% соответственно. Сравнительный анализ морфометрических характеристик внутриносовых структур (в программу исследования входили 22 краниометрических признака) при крайних формах полости носа у мужчин выявил значимые типовые отличия ($p<0,05$) для большинства

исследованных параметров, таких как высота полости носа, высота хоан, высота прикрепления средней носовой раковины, высота среднего носового хода и длина средней носовой раковины. Наибольшее количество типовых отличий выявлено у широтных размеров полости носа, входящих в программу исследования, таких как ширина нижнего носового хода, ширина общего носового хода на уровне нижней носовой раковины, расстояние между нижними носовыми раковинами, расстояние между медиальными поверхностями передних концов средних носовых раковин, а так же уменьшение ширины среднего носового хода, начало. Результаты проведенного морфометрического исследования дали возможность выявить определенные принципы строения лепто-, мезо- и платикавитальной форм полости носа. Так, с увеличением ширины полости носа относительно ее высоты, средняя носовая раковина занимает более вертикальное положение, увеличивается толщина ее переднего конца, сужается средний носовой ход, передние концы средних носовых раковин смещаются в латеральном направлении относительно средних отделов средней носовой раковины, увеличивается угол наклона ската. Выявленные особенности топографо-анатомических отношений внутриносовых структур, явились основанием для исследования аэродинамики у лепто-, мезо- и платикавитальной полости носа методом компьютерного моделирования. Информация об особенностях аэродинамики полости носа и околоносовых пазух очень важна для практической ринологии т. к. недостаточная или избыточная вентиляция пазухи нарушает нормальное функционирование слизистой оболочки данных структур. Результаты компьютерного и экспериментального моделирования аэродинамики согласованы между собою, а направление основных воздушных потоков при вдохе и выдохе неодинаковы в лепто-. мезо- и платикавитальной полости носа. При вдохе в лептокавитальной полости носа основная масса воздушного потока движется через верхний носовой ход, остальная часть воздуха движется через средний носовой ход. При выдохе основная часть потока воздуха направляется так же в верхний носовой ход. В мезокавитальной полости носа основная часть воздуха направляется к средней носовой раковине, остальная часть направляется к верхнему носовому ходу. При выдохе основная часть воздушного потока движется через область верхнего носового хода. В платикавитальной полости носа и при вдохе, и при выдохе воздух преимущественно направляется через нижние отделы общего носового хода.

Выводы. Таким образом, распределение изучаемого материала по указателю полости носа при изучении топографо-анатомических отношений структур полости носа и носоглотки является наиболее целесообразным и информативным как с морфологической, так и с клинической точки зрения. При различной форме полости носа (лепто-, мезо- и платикавитальной) существуют анатомические особенности строения внутриносовых структур и носоглотки, что необходимо учитывать в клинической практике. Распределение воздушных потоков в лепто-, мезо- и платикавитальной полости носа при вдохе и выдохе различается, что необходимо учитывать в ринохирургии и избегать выполнения однотипных операций в полости носа без учета индивидуальных особенностей строения и аэродинамики.

ОСОБЕННОСТИ ЦИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Шиленкова В.В.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, РФ

Полость носа обеспечивает надежную защиту дыхательных путей от повреждающих агентов за счет функционирования мукоцилиарного транспорта (МЦТ).

Цель исследования - изучение времени МЦТ и частоты биения ресничек (ЧБР) эпителия полости носа у детей.

Материал и методы. Обследовано 126 здоровых детей и подростков разных возрастов (4-6 лет, 7-10 лет, 11-14 лет, 15-17 лет) и 60 детей с острым риносинуситом (ОРС). МЦТ определяли методом сахаринового теста с использованием пищевого сахарина GMBH фирмы “Hergestell” (Германия) по общепринятой в международной практике методике (D.F. Proctor, 1983). Двигательную активность цилиарного аппарата слизистой оболочки полости носа (ДАЦА) исследовали при помощи методики и компьютерной программы, разработанных в 2005 году на кафедре ЛОР-болезней Ярославской государственной медицинской академии совместно с кафедрой динамики электронных систем Ярославского государственного университета (В.С. Козлов с соавт., 2005). Для определения ЧБР соскобы брали со слизистой оболочки нижней и средней носовых раковин, отступя 1 см от передних концов раковин.

Результаты. Время МЦТ и ЧБР у здоровых детей не имели значимых возрастных и половых различий, поэтому мы не разделяли показатели по возрастным и половым признакам и у пациентов с ОРС. В среднем время МЦТ у здоровых детей составило 7,54±0,34 мин. ЧБР на нижней носовой раковине, также у здоровых детей, равнялась 3,19±1,71 Гц. В материалах, взятых со средней носовой раковины, показатель оказался более чем в 2 раза выше и составил 6,95±2,36 Гц. При ОРС наблюдалось нарастание времени МЦТ до 10,84±0,49 мин. В среднем, что было достоверно больше, по сравнению с нормой, но не было нами оценено, как критическое (не достигало ни в одном случае 25-30 минут). Кроме того, у детей с ОРС отмечалось резкое снижение ЧБР: на нижних носовых раковинах до 0,34±0,26 Гц, на средних носовых раковинах - до 3,42±2,17 Гц. Различия по сравнению с нормой статистически достоверны. Следует отметить, что в 81,8% случаев в препаратах с нижних носовых раковин не удавалось обнаружить ни одной клетки с функционирующими ресничками.

Заключение. Показатели МЦТ полости носа у здоровых детей не имеют возрастных и половых различий. ОРС характеризуется угнетением в большей степени не транспортной, а двигательной активности ресничек слизистой оболочки носа, причем преимущественно на нижних носовых раковинах.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ И ПРИЧИНЫ ЕЕ РЕЦИДИВА

Пискунов В.С.*, Пискунов И.С.*, Никитин Н.А.**, Власова М.М.**
* ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Курск, РФ
**БМУ «Курская областная клиническая больница», г. Курск, РФ

Введение. Одним из факторов успешности хирургического лечения назальной ликвореи является правильный выбор тактики и объема эндоназальной эндоскопической пластики и послеоперационное ведение больных.

Материал и методы. В период с 2003 по 2017 гг. на лечении в отделении оториноларингологии БМУ «Курская областная клиническая больница» находилось 69 пациентов с назальной ликвореей. Всем больным было выполнено эндоскопическое эндоназальное вмешательство с использованием аутотканей. Ни у одного из пациентов не устанавливался ни временный, ни постоянный люмбальный дренаж. В послеоперационном периоде назначались антибиотики широкого спектра действия в обычных дозах, ограничивался прием жидкости, назначались мочегонные препараты, строгий постельный режим с ограничением действий, приводящих к нагрузкам по типу пробы Вальсальвы. Каких-либо осложнений в послеоперационном периоде ни у одного из пролеченных больных мы не наблюдали. Все пациенты находились под нашим наблюдением и были осмотрены последовательно через 1, 3 и 6 месяцев после операции. У 8 больных, что составляет 11,5% случаев, после пластики ликворных свищей наблюдался рецидив заболевания и им возникла необходимость повторить хирургическое вмешательство. В 2 (2,8%) случаях нами при эндоскопическом осмотре полости носа была замечена следующая особенность: после проведения эндоназальной пластики ликворной фистулы с использованием аутотканей происходили изменения перемещенных лоскутов слизистой оболочки и прилежащих эндоназальных структур, проявляющиеся медленно развивающейся атрофией и истончением слизистой, уменьшением их размеров. Обращал на себя внимание тот факт, что при неполном удалении костной пластинки средней носовой раковины, процесс атрофии проходил менее агрессивно и лоскут перемещенного аутотрансплантa уменьшался в объеме в меньшей степени. При выполнении компьютерной томографии в аксиальной и коронарной проекциях было обнаружено истончение слизистой лоскута, снижение плотности костной основы средней носовой раковины и уменьшение ее толщины по сравнению с предоперационной КТ картиной. Вышеуказанные наблюдения свидетельствуют о том, что в послеоперационном периоде постепенно происходит уменьшение объема перемещенных листков слизистой оболочки, толщины ее собственного слоя. Одновременно происходит резорбция костных структур в зоне ликворной фистулы. По нашему мнению, этот процесс происходит вследствие изменения кровоснабжения перемещенных лоскутов, а также прогрессирующего остеопороза костной ткани в области выполнения хирургического вмешательства.

Заключение. Приведённые наблюдения дают основание рекомендовать при пластике ликворных фистул выкраивать как можно больший лоскут слизистой оболочки, стараясь сохранить связь перемещенного лоскута со слизистой оболочкой носовой полости, а при использовании аутотрансплантата средней носовой раковины, не полностью удалять ее костную основу. При этом следует иметь ввиду, что артериальное кровоснабжение полости носа идет по направлению сзади кпереди, навстречу струе воздушного потока. Также следует помнить о том, что если не затрагивать костный скелет раковины, то в послеоперационном периоде раковина будет стремиться занять исходное положение, а это приведет к развитию рецидива назальной ликвореи.

ПАТОЛОГИЯ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ШУМОМ В УШАХ

Гилаева А.Р., Мосихин С.Б., Сафиуллина Г.И.
Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, РФ

Введение. По данным литературы, в настоящее время шумом в ушах (тиннитусом) страдают до 17 % людей в мире. На сегодняшний день имеется множество теорий, описывающих развитие ушного шума, однако нет единого взгляда, объясняющего механизмы возникновения данного симптома. Как известно, одним из распространенных факторов развития шума в ушах является повреждение волосковых клеток улитки, которое чаще возникает у больных с сенсоневральной тугоухостью. Также тиннитус может возникать вследствие воспалительных заболеваний уха, дисфункции мышц неба и барабанной полости, приема ототоксичных препаратов и других причин. Следует отметить, что и патология носоглотки может привести к ушному шуму. Так, в литературе описаны клинические случаи назофарингеальных опухолей, основным симптомом которых являлся шум в ушах.

Цель исследования: Определить частоту встречаемости патологии в носоглотке и в задних отделах носа и оценить частотные характеристики шума в ушах у пациентов с тиннитусом.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 53 человека средний возраст которых составил 45 ±10; из них 15 мужчин и 38 женщин с жалобами на шум в ушах или в голове. Проводились следующие исследования: изучение анамнеза заболевания, клиническое обследование, осмотр наружного слухового прохода, барабанной перепонки и носоглотки с помощью эндоскопов диаметром 2.7 мм, 0^0, 30^0; тимпанометрия и рефлексометрия с помощью прибора АТ 235, шумометрия и аудиологическое обследование - клиническим аудиометром в стандартном диапазоне (от 125 до 8000 Гц); психологическое тестирование (тест Спилбергера-Ханина, психоакустические тесты THI и TRQ); оценка шума в ушах по визуально – аналоговой шкале (ВАШ от 0 до 10 баллов).

Результаты исследований. По данным исследования, пациенты были разделены на три группы: I группа – лица с шумом в ушах, имеющие снижение слуха (35,8%), II группа – лица с тиннитусом без снижения слуха (64,2%), III группа - контрольная группа (20 человек). При изучении степени выраженности субъективного шума в ушах по 10 балльной шкале их значения составили в среднем 6±1,9 баллов. Патология носа и носоглотки выявлена у 83% испытуемых. Из них составили: гипертрофический ринит – 38%, вазомоторный ринит – 21%, синдром постназальных затеков и искривление перегородки носа, гребня по 7%, аденоидные вегетации на задней стенке глотки - 4%. Характеристики тиннитуса были следующими: высокочастотный шум определялся у 15 человек, среднечастотный – у 8; 6 пациентов имели низкочастотный шум, не удалось идентифицировать шум у 4 обследованных. У всех пациентов отмечены разной степени выраженности психоэмоциональные расстройства в виде изменений реактивной и личностной тревожности, непереносимости ушного шума.

Выводы. Проводимые исследования позволяют говорить о необходимости проведения эндоскопического обследования носа и носоглотки пациентам с жалобами на шум в ушах и в голове. Создается вопрос о влиянии патологии назофарингеальной области и носа на формирование и/или поддержание механизмов тиннитуса. Полученные результаты позволяют говорить о применении хирургического лечения у таких пациентов. Следует отметить, что тиннитус влечет за собой изменение психоэмоционального фона, что приводит к усугублению заболевания. Длительное течение заболевания приводит к формированию патологических процессов и в супрасегментарных отделах ЦНС, что определяет необходимость расширения лечебно-

диагностических и профилактических мероприятий с совместным участием в работе врачей- отоларингологов и неврологов.

ПЕРВИЧНЫЙ АТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ. ИЗУЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАННЫХ СЛУЧАЕВ, ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ.

Максимова Е.А.*, Пискова А.В.**
*СПБ ГБУЗ Городская поликлиника № 100, Санкт-Петербург, РФ
**СПБ ГБУЗ Городская поликлиника № 109, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Атрофический ринит – болезнь, характеризующаяся склеротическим изменением в слизистой оболочке полости носа и аномальной проходимостью носовых ходов. Атрофические изменения характерны как для слизистой оболочки носа, так и подслизистых ее отделов. В более тяжелых случаях возможна деструкция костной системы. Диагноз первичного атрофического ринита клинически основан на триаде симптомов: зловонный запах из носа, образование зеленоватых корок, расширенная полость носа.

Цель. Произвести оценку клинического профиля, микробиологической флоры и рентгенологических особенностей у пациентов с диагнозом атрофического ринита, определение их связи с этиологией заболевания.

Материалы и методы исследования. Изучены современные данные зарубежной литературы. У пациентов с атрофическим ринитом производился ряд исследований: полный анализ крови, общий белок, уровень железа, витамина А и Д, микробиологический анализ из носового прохода на идентификацию патогенных бактерий, верификация данных лучевой диагностики, а так же контроль состояния питания и качества жизни.

Результаты. Изучено 90 описанных случаев первичного атрофического ринита. Самым распространенным симптомом заболевания является образование назальных корок, вследствие выделения густого трудноотделяемого секрета. Другими частыми жалобами пациентов оказались: чувство неприятного назального запаха, какосмия и ощущение сухости слизистой оболочки полости носа. В настоящем исследовании соотношение между женщинами и мужчинами составляло 2,5:1, сельского и городского населения 2,75:1. Утверждена этиологическая роль наследственного фактора. Генетические свойства могут повлиять на хронизацию воспалительной картины предшествующих инфекционных заболеваний носа. Семейный характер заболевания был выявлен в 13% случаев. Так же выявлено, что основная масса заболевающих из низкого социально-экономического класса - 72,2% случаев, 27,8% составляют средний класс и ни одного пациента из высшего класса. При эндоскопическом наблюдении был обнаружен назальный миаз в 26,6% случаев. Уровень гемоглобина и гематокрита снижен у 42 (46,6%) и 37 (41,1%) пациентов соответственно. У 23 (25,5%) общий белок пациентов был ниже нормального диапазона. У большей части исследуемых выявлен дефицит витамина А и Д. В результате микробиологического обследования чаще всего высевалась Pseudomonas aeruginosa (37%). По данным лучевых методов диагностики в 87,7% случаев было выявлено наличие признаков синусита различной степени.

Выводы. Настоящее исследование показало, что некоторые бактериальные инфекции, анемия, плохое питание и наследственный фактор могут в значительной степени способствовать этиологии первичного атрофического ринита.

ПЕРЕДНЯЯ ХОЛОДНО-ПЛАЗМЕННАЯ ПАЛАТОПЛАСТИКА - «ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ» ХИРУРГИЯ МЯГКОГО НЕБА

Джафарова М.З., Авербух В.М., Бебчук Г.Б.
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, РФ

Введение. По мнению большинства авторов, храп в 80% случаев обусловлен флотацией мягкого неба и язычка. Следовательно, операции, направленные на укрепление мягкого неба, будут способствовать уменьшению храпа. В настоящее время для достижения этой цели применяют различные методики с использованием лазера, радиоволны, холодной плазмы, каутеризации, имплантатов, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки. При классической в современном представлении передней палатопластике, несмотря на малоинвазивность техники, предложенной K.Pang, сохраняется выраженная морбидность в послеоперационном периоде в виде более длительного заживления раны, более выраженного болевого синдрома, появления ощущения инородного тела в глотке.

Цель исследования. Совершенствование хирургического лечения храпа и СОАС легкой степени.

Материалы и методы. В исследование вошло 60 пациентов с храпом и СОАС легкой степени. Пациенты были разделены на три клинические группы. 25 пациентам I группы выполнены радиоволновая резекция задних дужек и язычка и установка имплантатов мягкого неба. 16 пациентам II группы проведена передняя холодно-плазменная палатопластика, 19 пациентам III группы - передняя холодно-плазменная палатопластика с резекцией слизистой оболочки задних дужек и язычка.

Результаты. У троих пациентов I группы изменений через 3 месяца после операции по ВАШ и через 6 месяцев по данным ПСГ не было. Остальные 22 пациента I группы и все пациенты II и III групп отметили уменьшение громкости храпа (по ВАШ и данным ПСГ $p<0,05$). В послеоперационном периоде у троих пациентов I группы, у троих пациентов II группы, у одного пациента III группы было отмечено исчезновение ощущения инородного тела в глотке (до операции по ВАШ – 5,3; 4,8; 5,9 соответственно). Стоит отметить, что именно у этих пациентов была выраженная гипертрофия слизистой оболочки язычка, который касался корня языка при положении языка по Фридману I-II. В тоже время, у семи пациентов I группы и трех пациентов III группы наоборот появилось ощущение инородного тела в глотке (3,2 по ВАШ). Болевой синдром был более выраженным и длительным у пациентов I и III группы. У пациентов I группы на вторые сутки оценка боли по ВАШ в среднем составила 8,2, на 14-ые сутки – 4,7. У пациентов II группы на вторые сутки оценка боли по ВАШ - 4,9, на 14-ые сутки – 0,5. У пациентов III группы на вторые сутки - 7,8, на 14-ые – 2,4.

Выводы. Таким образом, более высокая эффективность в отношении уменьшения храпа характерна для передней палатопластики и ее сочетания с резекцией слизистой оболочкой задних дужек и язычка. Болевой синдром в послеоперационном периоде наименее выражен при нерезекционной методике операции на мягком небе. Прослеживается тенденция к появлению ощущения инородного тела в глотке у ряда пациентов после резекции задних дужек и язычка.

ПЕРФОРАЦИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. ПЛАСТИКА ДВУХСЛОЙНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ.

Амангалиев А.Б.
АО «ЦКБ», АО «Казахский Медицинский университет непрерывного образования», НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Алматы, Казахстан.

Введение. Перфорацию носовой перегородки можно считать не такой частой патологией, которая встречается среди ринологических заболеваний. Закрытие перфорации является сложным и трудоемким процессом, который не всегда дает положительный результат, поэтому хирурги редко уделяют этой проблеме пристальное внимание.

Целью нашей работы стало оценить эффективность пластики перфорации носовой перегородки двойным аутотрансплантатом. Предложенная методика пластики дает возможность восстановления всех трех анатомических слоев НП.

В литературе встречаются работы, в которой применяли слизистую дистального отдела носовой перегородки на питающей ножке, слизистую верхней губы, слизистую нижней носовой раковины, фасцию височной мышцы. Применялись также силиконовые обтураторы. Предложенный способ лечения – пластики перфорации носовой перегородки двойным аутотрансплантатом позволяет восстановить все слои носовой перегородки с использованием аутохряща, фасции височной мышцы и слизистой дна полости носа.

Материал и методы. На сегодняшний день прооперировано 14 пациентов, с различной этиологией, размером перфорации. Основной контингент – молодые люди. Работа затрагивает такую важную проблему, как восстановление носового дыхания и устранение негативных симптомов, которым присуща перфорация носовой перегородки. Данная методика хирургического лечения перфорации носовой перегородки предотвращает многие, часто встречающиеся в практике осложнения и минимизирует рецидив повторной перфорации. В результате применения данной методики восстанавливается передний остов носовой перегородки, в зависимости от размера перфорационного отверстия и предотвращаются осложнения в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, метод пластики перфорации носовой перегородки с использованием двухслойного аутотрансплантата, является выбором оперативного вмешательства, хотя и считается трудновыполнимой, но при наличии определенных навыков может быть внедрена в клиническую практику ЛОР - отделений.

ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ

Юнусов А.С., Молодцова Е.В.
ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва, РФ

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

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

Цель работы. Разработка оптимальных способов пластического закрытия септальных перфораций в детском возрасте на основании ретроспективного анализа результатов хирургического лечения.

Материалы и методы. Исследуемую группу пациентов составили 14 детей в возрасте 4–15 лет, прооперированных по поводу субтотальной септальной перфорации диаметром до 15мм. Причиной перфорации перегородки носа у 5 пациентов являлось инородное тело: дисковый элемент питания (батарейка), пребывание в полости носа которого составляло от 1,5 часов до 24 суток; у 6 пациентов - травма перегородки носа; у 2 пациентов- прижигание сосудов зоны Киссельбаха; у 1 пациента - хирургическое вмешательство (септопластика с одномоментной эндоскопической полисинусотомией). Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе из 8 пациентов использовали двухэтапный способ пластического закрытия перфораций лоскутом из нижней носовой раковины на питающей ножке. Во второй группе пациентов (n= 6) применен новый способ пластики перегородки носа с помощью свободной трансплантации аутотканей полости носа из нижней носовой раковины с противоположной стороны.

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

Результаты. В 1й-группе пациентов использовался 2х-этапный каркасный способ аутотрансплантации хряща ушной раковины с использованием слизистой оболочки

нижних носовых раковин на питающей ножке с интервалом в 1,5-2 месяца. В первые сутки после удаления тампонов в области хирургического вмешательства отмечалось выраженная сосудистая реакция. В катамнезе у пациентов на месте перфорации цвет слизистой оболочки практически не отличался от окружающей.

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

Выводы. В заключение следует отметить, что тщательный анализ причин, клинических проявлений, локализации и размеров септальной перфорации в соизмерении с анатомическими размерами внутриносовых структур позволяет индивидуально выбрать оптимальный хирургический способ и при наличии определенного ринохирургического опыта успешно провести ее пластическое закрытие даже у детей младшей возрастной группы (3-4х лет).

ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУСИТ: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Бакотина А.В., Вишняков В.В.
МГМСУ имени А.Е. Евдокимова, Москва, Россия

Заболевания носа и околоносовых пазух по настоящее время занимают ведущее место среди патологии верхних дыхательных путей и регистрируются во всех возрастных группах. За последние годы неуклонно возрастает удельный вес острых и хронических риносинуситов, до 30 – 35% в общей структуре патологии ЛОР-органов (Привалов С. В., 2008.). Дентальная имплантация и субантральная пластика является общеизвестным и признанным методом лечения при адентии челюстей и за последние 30 лет получило широкое распространение в России (Базикян Э.А., Безруков В.М., Робустова Т.Г. 2003).
В виду неточного сбора анамнеза, недостаточного обследования, в протокол предоперационной подготовки перед субантральной пластики входит КТ верхней челюсти, без включения в обзор околоносовых пазух, в раннем послеоперационном периоде возможно развитие острого одонтогенного гнойного синусита. Потенциал естественного соустья во время субантральной пластики может быть снижен за счет транзиторного воспалительного отека, чрезмерного подъема слизистой оболочки. При присоединении инфекции развивается синусит (Харламов А.А., 2011).
В литературе представлены работы, показывающие, что имплантация и субантральная пластика возможны после хирургического лечения хронического верхнечелюстного синусита, но авторы подчеркивают, что санация должна проводиться эндоскопическими методами (Doul Galli S.K. et al. Chronic sinusitis complicating sinus lift surgery. Am J Rhinol 2001).
Цель: повышение эффективности профилактики возникновения и лечение одонтогенных верхнечелюстных синуситов при проведении субантральной пластики.
Материал и методы. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа –40 пациентов, нуждающихся в проведении операций на альвеолярном отростке верхней челюсти, которые, в ходе обследования у стоматолога, предъявляли жалобы со стороны носа и\или у которых были выявлены изменения в верхнечелюстной пазухи по результатам компьютерной томографии верхней челюсти. Целью хирургического лечения у этой категории больных являлась профилактика развития хронического воспаления и предотвращение развития острого воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе при проведении субантральной пластики. Во вторую группу вошли 40 пациентов, перенесшие операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, которые привели к развитию одонтогенных верхнечелюстных синуситов в раннем послеоперационном периоде. В предоперационном обследовании по результатам компьютерной томографии верхней челюсти патологии верхнечелюстной пазухи выявлено не было, активно жалобы со стороны носа пациенты не предъявляли. Целью хирургического лечения у этой категории больных являлось лечение острого одонтогенного верхнечелюстного синусита, создание адекватного оттока из верхнечелюстной пазухи путем наложения стойкого расширенного естественного соустья.
Результаты. Подводя итоги проведенного хирургического лечения можно подтвердить, что метод функциональной эндоскопической ринохирургии является золотом стандартом при лечении верхнечелюстных синуситов не только риногенного, но и одонтогенного происхождения. При планировании любого хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе, в том числе и стоматологического, необходимо проведение компьютерной томографии околоносовых пазух. Так как данное исследование обеспечит специалиста полной информацией об особенностях анатомического строения полости носа и околоносовых пазух, наличия хронического

процесса в верхнечелюстной пазухе, и поможет решить основные диагностические задачи.

Выводы. Мы считаем целесообразным участие ЛОР врача при ведении пациента с адентией верхней челюсти, начиная с первого этапа диагностического поиска.

ПРЕИМУЩЕСТВА КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ СЛЁЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ

Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Целикова А.О., Чубарь В.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Донецкая Народная республика

Эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия заняла прочное место в хирургическом лечении хронического гнойного дакриоцистита (Г.З.Пискунов и соавт., 1998; З.Т.Климов и соавт., 2000; С.К.Боенко и соавт., 2003). Для дальнейшего улучшения результатов хирургического лечения этой патологии необходима точная информация о топографо-анатомических взаимоотношениях слёзного мешка и окружающих его структур. Получать такие данные стало возможным с появлением конусно-лучевых томографов.

Целью нашего исследования являлась оценка преимуществ использования конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) с контрастированием слезоотводящих путей в предоперационном обследовании пациентов с хроническим гнойным дакриоциститом.

Материалы и методы. В клиниках кафедры отоларингологии ФИПО ДонНМУ им. М.Горького с 2002 по 2017 гг. по поводу хронического гнойного дакриоцистита прооперировано 99 больных. Мужчин было 26 (26,3%), женщин – 72 (72,7%). Возраст больных колебался от 14 до 70 лет.

В предоперационном периоде у 34 (34,3%) пациентов выполнили контрастную дакриоцистографию, а у 23 (23,2%) – спиральную КТ слёзного мешка (причём у 13 из них – с контрастированием). У 42 (42,5%) пациентов была выполнена КЛКТ с контрастированием слёзоотводящих путей. Этот метод мы используем для предоперационного обследования больных с 2011 года, при этом контраст вводим через нижнюю слёзную точку непосредственно перед исследованием.

Полученные результаты и их обсуждение. У всех пациентов была выявлена непроходимость вертикального отдела слёзоотводящих путей, что подтверждало диагноз хронического гнойного дакриоцистита. Этим больным в дальнейшем произведена эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия. У пациентов, которым в предоперационном периоде была выполнена только контрастная дакриоцистография, длительность оперативного вмешательства на слёзных путях составляла от полутора до двух часов. При этом значительная часть времени уходила на идентификацию слёзного мешка, что приводило к излишней травматизации окружающих тканей. При выполнении КТ слёзных путей с контрастированием, получали более точные данные о локализации слёзного мешка и его взаимоотношениях с внутриносовыми структурами – оперативное вмешательство в этих случаях длилось от 30 до 50 минут.

В сравнении с «рутинными» методами исследования слёзоотводящих путей, использование КЛКТ с контрастированием, на наш взгляд, имеет ряд неоспоримых преимуществ как для пациента, так и для врача.

Среди них отметим сокращение времени исследования (до 20 секунд) и значительное уменьшение лучевой нагрузки (до 15-60 мкЗв). При этом диагностические возможности метода были высокими и позволяли анализировать скан-изображения в трёх плоскостях с шагом от 0,125 мм, амплитуда захвата включала все околоносовые пазухи с реконструкцией 3D модели.

Таким образом, в каждом случае мы получали детальную информацию о слёзоотводящих путях. На КЛ КТ-срезах чётко визуализировались анатомические образования горизонтальной части слёзоотводящих путей (синус Майера, створка Розенмюллера, створка Хюшке). В вертикальной части слёзоотводящих путей

определялись створка медиальной связки века, створка Краузе, створка Тайлефера, створка Гасснера. Это позволило определить причины и уровень окклюзии слёзоотводящих путей, а также состояние внутриносовых структур и их топографо-анатомическими взаимоотношения со слёзным мешком. В одном случае, по данным КЛ КТ, мы заподозрили наличие дакриолита в слёзном мешке, что было подтверждено во время операции.

Длительность операции у пациентов, которым выполняли исследование на конусно-лучевом томографе, также составила от 30 до 50 минут. Интра- и послеоперационных осложнений мы не наблюдали. В периоде динамического наблюдения у всех больных отмечено клиническое выздоровление.

Выводы. Конусно-лучевая компьютерная томография слёзного мешка с контрастированием в предоперационном периоде значительно сокращает время исследования и уменьшает лучевую нагрузку для пациента. Использование этого метода позволяет проанализировать состояние всех внутриносовых структур, горизонтальной и вертикальной части слёзоотводящих путей, причины и уровень их окклюзии. Это облегчает чёткое планирование объёма предстоящей операции и сокращает время идентификации слёзного мешка.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Гольбин Д.А.[1], Лощенов М.В.[2], Ласунин Н.В.[1], Паршунина А.М.[1], Бородкин А.В.[2]

[1] Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия
[2] Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт общей физики имени А.М. Прохорова» Российской академии наук, Москва, Россия

Введение. Интраоперационная флуоресцентная диагностика в нейроонкологии позволяет достичь большей радикальности удаления опухолей и более четко визуализировать их границы. Операционные микроскопы с флуоресцентными модулями стали широко применяться в хирургии внутричерепных опухолей. В данной работе продемонстрированы возможности современных видеосистем для флуоресцентной диагностики, применяемых в эндоскопической хирургии опухолей основания черепа.

Материалы и методы. В группу включено 13 пациентов с различными опухолевыми процессами, поражающими основание черепа, которые были оперированы эндоскопическим эндоназальным доступом с использованием флуоресцентной диагностики. В 6 наблюдениях были использованы эндоскопы с флуоресцентным фильтром и оборудование Karl Storz (Тутлинген, Германия), в 4 была применена комбинированная видеосистема, разработанная в лаборатории лазерной биоспектроскопии ИОФ РАН им. А.М. Прохорова (Москва).

Результаты. Положительные результаты наблюдались при менингиоме (6 из 7 наблюдений), хордоме (1 из 2 наблюдений), невриноме, инвертированной папилломе. Оборудование Karl Storz не позволяет выполнять манипуляции во флуоресцентном режиме из-за низкого разрешения и отсутствия возможности визуализации нефлуоресцирующих тканей, в то время как комбинированная видеосистема ИОФ РАН сочетает в себе изображение в белом свете и флуоресцентном режиме с возможностью выбора цвета для обозначения флуоресцирующих тканей и одномоментного лазерного спектроанализа для количественной оценки флуоресценции.

Заключение. Комбинированная видеосистема ИОФ РАН представляет максимальные возможности при эндоскопической флуоресцентной диагностике, однако для соответствия современным требованиям к визуализации необходимо улучшение иллюминации и разрешающей способности до уровня Full HD.

ПРИМЕНЕНИЕ МИТОМИЦИНА-С ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Атькова Е.Л., Краховецкий Н.Н., Ярцев В.Д., Роот А.О.
ФГБНУ «НИИ Глазных болезней», Москва, РФ.

Эффективность эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии (ДЦР) составляет, по данным различных авторов от 82% до 92,2% случаев положительных результатов. Основной причиной отрицательных результатов является избыточное рубцевание тканей области дакриостомы. Наиболее изученным препаратом для повышения результативности ДЦР, является Митомицин-С (ММС) при аппликационном способе его применения. Благодаря исследованию Ali M.J. и соавт. (2013 г.), стало известно, что оптимальной фибростатической концентрацией препарата является 0,2-0,3 мг/мл, время аппликации – три минуты. Несмотря на использования препарата в клинике длительное время данные о его эффективности остаются противоречивыми. В 2014 г. Kamal S. и соавт. предложили вводить по 0,1 мл ММС инъекционно в концентрации 0,2 мг/мл в четыре точки слизистой оболочки полости носа вокруг сформированной дакриостомы.

Цель настоящего исследования – изучить результаты аппликационного и инъекционного способов применения Митомицина-С при эндоназальной эндоскопической ДЦР.

Материал и методы. В исследование вошли 130 пациентов (148 случаев) с обструкцией слезоотводящих путей (СОП) на уровне шейки слезного мешка, из них 108 женщин и 22 мужчины, в возрасте от 28 до 75 лет включительно (в среднем 63±9 лет). Критериями исключения являлись: острый и посттравматический дакриоцистит, проведенное ранее хирургическое вмешательство по поводу нарушения проходимости СОП, пациенты с сопутствующей патологией полости носа, требующей коррекции. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое, а также дакриологическое обследование, включающее в себя оценку жалоб по шкале *Munk*, лакримальную менискометрию, выполненную при помощи оптического когерентного томографа RTVue-100-2 (*Optovue, США*) с определением условной глубины слезного мениска, эндоскопию полости носа и мультиспиральную компьютерную томографию с контрастированием СОП, которую осуществляли на томографе GE Optima CT 660 (*General Electric, США*) по общепринятым методикам. Эндоназальную эндоскопическую ДЦР выполняли по методике P.J. Wormald, формируя дакриостому на уровне устья слезных канальцев.

Пациенты, вошедшие в исследование, были разделены на три группы. Распределение пациентов по группам носило случайный характер. Пациентам группы 1 (48 случаев) на заключительном этапе операции проводили инъекции ММС в концентрации 0,2 мг/мл по 0,1 мл в шесть точек слезного мешка, далее слезный мешок рассекали и удаляли его медиальную стенку. Фрагмент слизистой оболочки полости носа резецировали до уровня заднего края дакриостомы. Затем в слизистую оболочку полости носа в шесть точек вокруг сформированной дакриостомы вводили ММС в той же концентрации и дозе (патент RU № 2610557 от 13.01.2016 г.). Пациентам группы 2 (49 случаев) проводили аппликацию ММС в концентрации 0,2 мг/мл на слизистую оболочку полости носа вокруг сформированной дакриостомы. Время аппликации – 3 минуты. Пациентам группы 3 (51 случай) операцию завершали без применения ММС.

Для изучения концентрации ММС в тканях у 15-ти пациентов группы 1 и 15-ти пациентов группы 2 проводили биопсии слизистой оболочки полости носа и слезного мешка до применения препарата, сразу после применения, через 30 минут и через одни сутки после применения ММС. Анализ проводили при помощи высокоэффективной жидкостной хроматографии-масс-спектрометрии.

Для изучения процессов репарации, протекающих в слизистой оболочке полости носа и слезного мешка после применения ММС у 10-ти пациентов группы 1 и 10-ти пациентов группы 2 проводили биопсию слизистой оболочки полости носа и слезного мешка на 2-е, 5-е, 7-е, 10-е, 14-е, 21-е, 28-е и 60-е сутки после операции, согласно физиологическим законам заживления ран. Гистологические препараты исследовали на фотомикроскопе Leica DM-2500 (*Leica, Германия*).

Оценку результатов хирургического лечения проводили через 9-24 месяцев после операции (14±5 месяцев). Осуществляли субъективную оценку жалоб на слезотечение и гнойное отделяемое, измерение глубины слезного мениска, промывание СОП, эндоскопию полости носа. Положительными результатами считали выздоровление и улучшение, отрицательными – рецидив заболевания.

Результаты. При определении концентрации ММС в исходных образцах ткани было обнаружено, что непосредственно после инъекции концентрация препарата в группе 1 составила 385±10 мкг/г; через 30 минут концентрация препарата снижалась до 123±19 мкг/г. У пациентов группы 2 было выявлено, что непосредственно после аппликации концентрация препарата составила 0,626±0,176 мкг/г, а через 30 минут концентрация препарата снижалась до 0,23±0,06 мкг/г. Через сутки после операции ни в одном из образцов ткани препарата обнаружено не было. При гистологическом исследовании было установлено, что процессы репарации, протекающие в тканях, были аналогичны у пациентов обеих групп, однако при инъекционном способе применения ММС на 14-е сутки после операции сохранялись незавершенные митозы в клетках, в то время как при аппликационном способе применения на 14-е сутки происходило формирование экстрацеллюлярного коллагенового матрикса. На 28-е сутки после операции у пациентов основной группы сохранялись клеточные инфильтраты смешанного характера (лейкоциты, макрофаги, фибробласты); у пациентов группы сравнения в клеточном составе преобладали фибробласты. На 60-е сутки после операции в препаратах обеих групп визуализировали стадию организации в виде формирования эластичной рубцовой ткани, состоящей из извитых и прерывистых коллагеновых волокон с примесью эластических волокон. У пациентов группы 1 положительные результаты зафиксированы в 45 случаях (93,8%), отрицательные (рецидив) – в 3 случаях (6,2%). У пациентов группы 2 – положительные результаты наблюдали в 43 случаях (87,8%), отрицательные (рецидив) – в 6 случаях (12,2%). У пациентов группы 3 – положительные результаты наблюдали в 42 случаях (82,4%), отрицательные (рецидив) – в 9 случаях (17,6%).

Заключение. Инъекционный способ применения ММС в слизистую оболочку полости носа и слезного мешка доказал свою клиническую эффективность и безопасность при применении на завершающем этапе эндоназальной эндоскопической ДЦР для профилактики избыточного рубцевания области сформированной дакриостомы. Предложенный способ может быть рекомендован к применению в клинической практике.

ПРИМЕНЕНИЕ ХОЛОДНОПЛАЗМЕННОЙ ХИРУРГИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Станишевский Р.О., Киселев А.Б.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия
ЗАО медицинский центр «АВИЦЕННА», группа компаний Мать и Дитя, Новосибирск, Россия

Актуальность. Одной из наиболее современной, передовой технологией в лечении ЛОР-заболеваний является метод коблации. Холодно плазменное воздействие на ткани осуществляется энергией, которая образуется в результате взаимодействия солевого раствора и электрода, достоинством такого метода, является отсутствии обжигающего эффекта, небольшая толщина плазменного слоя позволяет воздействовать на удаляемый объем ткани в щадящем режиме. Операции при которых применяется холодная плазма проходят практически бескровно, а использование эндоскопического оборудования, позволяет применять коблацию с наибольшей пользой при хирургических вмешательствах. Данный метод стал использоваться в медицине с 1995 году и на сегодняшний день заслужил признание многих специалистов. В нашей практике мы используем коблацию для лечения аденоидов, хронического декомпенсированного тонзиллита, храпа, полипозного синуиста, кист верхнечелюстных пазух и орперациях на гортани. В статье представлен обзор вариантов применения холодноплазменной хирургиии при разных заболеваниях ЛОР-органов.

Физическая плазма - это смесь заряженых частиц, особое состояние ионизированого газа. Создание разности электрических потенциалов между контактами электрода при помощи электропроводящей жидкости, образуется слой ионизирующего вещества - плазмы, способная разрушать ткани при температуре 45-65 С, этот метод получил название "коблация". В мировой практике даный метод нашел широкое применение в таких областях хирургии, как травматология - артроскопии лечение голеностопного сустава; ЛОР - хирургии аденотомии, тонзиллэктомии, операции на гортани; спинальной хирурги - нуклеопластика; косметалогии - лечении кожных заболеваний; гинекологии - лечение эрозии шейки матки, гнойно-воспалительных заболеваний параметрия; кардиологии - используется для трансмиокардальной реваскуляризации. Плазменная хирургическая установка позволяет разрезать и удалять мягкие ткани в монополярном и биполярном режимах, гемостаз мелких кровеносных сосудов осуществляется остаточным потоком тепла, а для коагуляции крупных сосудов используется термическое воздействие в специальном режиме. Энергии плазмы разрушает связи в органических молекулах, результатом распада которых является углекислый газ, вода и азотосодержащие низкомолекулярные продукты. Таким образом происходит объемное удаление или рассечение ткани. Отсутствие теплового воздействия на нервные окончания заметно уменьшает болезненость в ходе операции и послеоперационном периоде. Очень важным моментом является конструкция самих электродов, позволяющая воздействовать на ткани в труднодоступных местах, за счет этого повышается скорость работы хирурга и сокращается продолжительность операции и проводимого наркоза.

Материалы и метод. Нами выделено три группы пациентов, которым в период с 2014 года по 2016 год использовалась холодноплазменное воздействие на ткани, из них: 720 операций - аденотомии, 392 - тонзиллэктомии, 245 - микрогайморотомии, всего было выполнено 1357 операций с применением коблатора. Все пациенты наблюдались в течении года: в первый месяц после операции, через 6 месяцев и через 24 месяца. Хронический аденоидит - применение холодной палазмы и эндоскопической техники существенно сократило время проведения самой операции, 70 градусный эндоскоп позволяет четко контролировать все действия в операционном поле, а коблатор

практически бескровно убирает всю увеличенную ткань из носоглотки. Операции проводились под наркозом, средний койко день составил 0,7 суток, востановительный период составил 4 дня, воспалительных или болевых реакций не было. Осмотр носоглотки через 12 месяцев не выявил рецидива аденоидной ткани или рубцовых изменений слизистой.

Хронический декомпенсированный тонзиллит: при наличии показаний к тонзиллэктомии использовали холодно-плазменное воздействие на всех этапах операции. Данные операции проводились под общим обезболиванием и контролем зрения, не используя микроскопического или эндоскопического оборудования, знания анатомии позволяет специальной насадкой от коблатора, выделить и удалить нёбные миндалины. Время операции существенно сокращается, не требуется ждать гемостаза, а при правильном подходе, разьяснии рекоментаций пациенту, риски кровотечения в послеоперационном периоде ниже чем при обычной тонзиллэктомии. Болевые реакции сохранялись в течении 5 дней, заживление раневой поверхности составило в среднем 10 суток.

Кисты верхнечелюстных пазух - существуют различные способы удаления кист верхнечелюстных пазух, наиболее физиологичным способом удаления кисты является метод с применением эндоскопии, когда доступ в пазуху осуществляется через латеральную стенку носа. Мы использовали 70 градусный эндоскоп, коблатор и микроинструменты, для удаления кист и полипозно измененной слизистой пазухи. Такой подход позволяет малотравматично, бескровно удалить патологическое содержимой пазух носа. Операция проводилась под наркозом, пациент через 5 часов после наблюдения отпускался с рекомендациями домой. Болевых реакций не было, контроль лечения осуществлялся через 12 месяцев, назначалась КТ ППН, рецидива кист не выявлено.

Результаты. Таким образом, применение холодно-плазменной хирургии, является перспективным направлением в оториноларингологии. Способность разрушать ткани при температуре 45-65 C^0, приводит к ускоренному заживлению раневой поверхности, а отсутствие теплового воздействия на нервные окончания заметно уменьшает болезненость в послеоперационном периоде, об этом свидетельствует работы наших зарубежных коллег и наше наблюдение 1433 больных, которым была выполнена операция с использованием коблатора.

РАДИОДЕСТРУКЦИЯ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Лейзерман М.Г., Гунчиков М.В.
Московская городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана, Москва, РФ

Введение. Вазомоторный ринит является одним из наиболее распространенных заболеваний. Наиболее часто его возникновение связано с неадекватным лечением острого ринита, неконтролируемым использованием сосудосуживающих капель, наличием деформации носовой перегородки. Несмотря на многолетнюю историю изучения этого заболевания, результаты лечения оставляют желать лучшего, а подчас носят временный характер.

Виды воздействия на слизистую оболочку носовых раковин можно условно разделить на три группы: механические (инструментальная вазотомия, латероконхопексия, конхотомия), высокотехнологические (лазерная, радиоволновая, ультразвуковая, плазменная деструкция) и медикаментозные (блокады с анестетиками, гормонами, десенсибилизирующими средствами, топические кортикостероиды). В последние годы в России появилась новая серия радиоволновых аппаратов, одним из которых является прибор «Curis», производимый компанией ZUTTER (Германия). Этот прибор характеризуется высокой точностью воздействия, безопасностью для врача и пациента, компьютерной регулировкой мощности, наличием функции «старт-стоп».

Материал и методы. Мы используем аппарат в течение 5 лет и можем предположить, что это – один из наиболее эффективных и одновременно щадящих вариантов воздействия в полости носа. Под нашим наблюдением находилось 142 пациента с диагнозом «Вазомоторный ринит». Из них было 58 мужчин и 84 женщины в возрасте от 18 до 72 лет. У трети из них (47 человек) вазомоторный ринит сочетался с искривление перегородки носа. 95 пациентов с относительно прямой перегородкой носа были оперированы амбулаторно (радиодеструкция н\н раковин), остальные 47 лечились стационарно (сочетание септопластики с радиодеструкцией). Амбулаторным пациентам применяли местную инфильтрационную анестезию, стационарным – как наркоз (29 человек), так и местное обезболивание с нейро-лептоаналгезией (18 человек). Обследование было стандартным – анализы, компьютерная томография, оценка носового дыхания до и после операции посредством риноманометрии, анкетирование в послеоперационном периоде.

Радиовоздействие осуществлялось биполярным электродом в режиме «коагуляция» при мощности аппарата 16–18 единиц. Анестезия осуществлялась вначале аппликационно, а затем инъекцией в толщу носовой раковины от 2 до 4 мл анестетика с каждой стороны. Воздействие электродом обычно осуществлялось в три точки нижней носовой раковины – в передний, средний и задний ее отделы. В точках введения электрода появлялись белые налеты, в большинстве случаев раковины сокращались в процессе операции. Амбулаторных пациентов отпускали домой через 2–3 часа, стационарным после септопластики осуществляли тампонаду полости носа на 2 суток, и выписывали на 3–4 день.

Результаты. Кровотечений, нагноений и других осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали. Пациенты отмечали заложенность носа в течение 2–3 дней, которая постепенно уменьшалась. Для улучшения процессов заживления мы использовали обработку слизистой оболочки полости носа мазью, содержащей вазелин, димедрол, дексаметазон 2 раза в день. Начиная с 3 дня в течение месяца назначали топические кортикостероиды (обычно назонекс, авамис) и таблетированные десенсибилизаторы.

Контрольные осмотры назначали через 10, 30 дней и через 6 месяцев. Отдаленные результаты оценивали через 1 год. Оказалось, что различий в процессах заживления и

эффективности в зависимости от пола и возраста не было. Через месяц после операции полное восстановление носового дыхания отметили 51 человек, перенесших радиодеструкцию нижних носовых раковин и 43 пациента после сочетания ее с септопластикой. Примерно у половины больных после септопластики были отмечены корочки на слизистой оболочке, в связи с чем им назначались орошения физраствором и маслами. Через 6 месяцев из 26 пациентов после септопластики отмечено полное восстановление носового дыхания и отсутствие каких-либо жалоб. Только у одного пациента с врожденной узостью носовых ходов сохранялось затруднение носового дыхания. Через год нам удалось вызвать и осмотреть 17 пациентов после септопластики в сочетании с радиодеструкцией. Из них у 15 человек отсутствовали какие-либо жалобы и объективные проблемы в полости носа. 2 больных начали использовать сосудосуживающие капли и были неудовлетворенны результатом операции.

В группе больных, перенесших только радиодеструкцию носовых раковин, через месяц после операции улучшение отметили 87 человек, тогда как 8 пациентов затруднились ответить на вопрос об улучшении носового дыхания. При этом у 4 человек риноманометрически носовое дыхание значительно улучшилось. Через 6 месяцев нами осмотрено 52 пациента, из которых 47 жалоб не предъявляли и риноманометрия показала нормальное носовое дыхание. 5 человек пренебрегли рекомендациями и продолжили злоупотребление сосудосуживающими каплями. Объективные данные у них соответствовали дооперационному уровню. Через год после вмешательства на контрольный осмотр явилось 22 пациента. У 19 из них явлений вазомоторного ринита отмечено не было. Три человека использовали капли в нос, чем вызвали рецидив вазомоторного ринита.

Выводы. Таким образом, мы установили, что вариант радиодеструкции нижних носовых раковин у пациентов вазомоторным ринитом при помощи аппарата «Curis» является высокоэффективным методом воздействия и может применяться как самостоятельное вмешательство, так и в сочетании с септопластикой. Наблюдаемое улучшение напрямую зависит от прекращения использования пациентами сосудосуживающих средств.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГНОЙНЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Красножен В.Н.[1], Покровская Е.М.[2]
[1]-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Казань, РФ
[2]-Медицинская клиника «МАРТ», Казань, РФ

Введение. Возможности хирургического лечения хронических и рецидивирующих гнойных гайморитов в последние десятилетия существенно повысились в связи с разработкой и внедрением в клиническую практику инновационных технологий, таких как инфундибулотомия и баллонная синусопластика. Классическим подходом к соустью верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и основным этапом любого эндоскопического эндоназального вмешательства на передней группе околоносовых пазух является полная или частичная резекция крючковидного отростка (КО). Однако, существуют противоречия в вопросе выбора хирургической тактики по отношению к КО, поскольку появились работы, доказывающие, что резекция КО и наличие сообщения ВЧП с полостью носа больше 20мм^2 приводят к патологической аэрации ВЧП и снижению уровня концентрации NO.

Цель работы – анализ результатов хирургического лечения больных хроническим или рецидивирующим гнойным верхнечелюстным синуситом с применением инструмента для мобилизации крючковидного отростка в области остиомеатального комплекса.

Материал и методы. Было обследовано 116 пациентов, поступившие в ЛОР-отделение с диагнозом: хронический или рецидивирующий гнойный верхнечелюстной синусит. Длительность заболеваний составляла от года до 10 лет. Частота обострений - от 2 до 6 раз в год. Пациентам проводили 3D-компьютерную томографию околоносовых пазух как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде.

Результаты. Результаты анализа компьютерной томографии при поступлении выявили, что в воспалительный процесс, кроме ВЧП, были вовлечены прилежащие околоносовые пазухи: у 64(55,2%) пациентов кроме ВЧП в воспалительный процесс были вовлечены клетки переднего решетчатого лабиринта, у 11 человек (9,5%) – кроме ВЧП и решеток, в процесс были вовлечены лобные пазухи, 41(35.3%) – только ВЧП.

Пациентов распределили в 2 группы. В **1-ю группу** (n=68) вошли ранее неоперированные пациенты с хроническим или рецидивирующим синуситом. Из аномалий строения у них обнаружили: искривление перегородки носа - у 26 человек (38,2%), пневматизации средних носовых раковин - 15 (22,1%), пневматизации нижних носовых раковин 2 (2,9%), дополнительные соустья ВЧП–7 (10,3%), ячейки Галлера-3 (4,4%). При изучении компьютерных томограмм пациентов 1-й группы в дооперационном периоде были выявлены следующие типы строения КО: 1) КО, изогнутый в медиальном направлении – 39 человек (57,4%); из них у 7 пациентов отмечалась гипертрофия крючковидного отростка; 2) КО, изогнутый в латеральном направлении – 19 человек (27,9%); 3) КО, направленный в область этмоидальной ямки, входящий непосредственно в решетчатую воронку – 8 человек (11,8%); 4) пневматизированный КО - 2 человека (2,9%). Анализируя компьютерные томограммы, было установлено, что средний диаметр естественного соустья ВЧП в дооперационном периоде достигал 2,37±1,7. Предоперационный анализ компьютерных томограмм определил тип вмешательства на остиомеатальном комплексе. Мобилизация КО выполнена у 59 пациентов. Под эндоскопическим контролем рабочую часть инструмента вводили в полулунную щель воронки, после чего КО смещался кпереди и медиально. Сразу после мобилизации КО осуществляли визуализацию решетчатой воронки оптикой обратного видения, 110 гр. В случае, если естественное соустье было блокировано утолщенной слизистой оболочкой, его расширяли. Если имелось дополнительное отверстие в задней фонтанелле, оба соустья объединялись в одно

путем удаления мостика между ними. 9 пациентам с гипертрофией КО и с пневматизированным КО была произведена резекция нижней трети КО, из них двум в сочетании с расширением естественного соустья верхнечелюстной пазухи. Дренирование ВЧП через естественное соустье производилось с использованием специального дренажа. Дренаж на проводнике вводили в естественное соустье, после чего проводник осторожно удалялся. Кроме того, пациентам выполнялись различные внутриносовые вмешательства: коррекция перегородки носа, радиоволновая коагуляция нижних носовых раковин аппаратом «Celon», буллотомия средних носовых раковин. Промывания ВЧП проводились ежедневно по катетеру, вводимому в дренаж, растворами антисептиков до полного исчезновения отделяемого. Выбор препаратов основывался на результатах бактериологического исследования содержимого синусов и чувствительности выделенных возбудителей к антимикробным препаратам. Дренаж находился в пазухе от нескольких дней до 2 недель. На компьютерных томограммах пациентов через 1-1,5 месяцев после операции сохранялись участки утолщенной слизистой ВЧП, у 15 пациентов сохранялось затенение клеток решетчатого лабиринта. У большинства пациентов пневматизация пазух полностью восстанавливалась через 2 месяца. Анализируя компьютерные томографии пациентов в послеоперационном периоде через 1,5-2 месяца после проведенного оперативного вмешательства, можно отметить, что средний диаметр естественного соустья увеличился до значения 3,67±1,8. Рецидивы гнойных гайморитов в данной группе отмечены у 7 пациентов. Во **2-ю группу** (n=48) вошли пациенты с хроническим или рецидивирущим гнойным верхнечелюстным синуситом, в анамнезе у которых была произведена эндоназальная эндоскопическая операция от двух до 6 лет назад. Из них у 45 пациентов в анамнезе была эндоскопическая инфундибулотомия, два пациента прооперированы методом баллонной синусопластики, одна пациентка оперирована по поводу аденомы гипофиза эндоназально. У двух пациентов из этой группы в анамнезе была выполнена инфундибулотомия в связи с синдромом молчащего синуса. При анализе компьютерных томограмм у пациентов было выявлено, что типы резекции кости при выполнении данных операций были различны от частичной до полной резекции КО и создания естественного соустья размером до 2,5 см в диаметре. У 19 наблюдаемых пациентов данной группы продолжали рецидивировать гаймориты, несмотря на выполненное ранее вмешательство. Средний размер естественного соустья верхнечелюстной пазухи у них составил 11,7±3,6. Во время обострения пациенты этой группы получали традиционную антибактериальную терапию, промывания ВЧП через естественное соустье растворами антисептиков. Полное отсутствие КО и широкое естественное соустье у ряда пациентов создавали трудности в плане хорошей фиксации дренажа. Поэтому промывания производили по канюле Пискунова, введенной в естественное соустье.

Выводы. 1) Сравнивая результаты обследования пациентов, можно утверждать, что излишнее расширение естественного соустья ВЧП отрицательно сказывается на состоянии слизистой оболочки и ведет к дальнейшему рецидивированию воспалительного процесса в пазухе. Так, во 2-й группе пациентов со средним диаметром естественного соустья ВЧП более 1см рецидивы выявлены у 39,6% пациентов, тогда как в 1-й группе с соустьем около 4 мм лишь у 10,3% пациентов. Таким образом, отмечено статистически больше рецидивов заболевания во второй группе ($p<0,001$). 2) При операциях на ВЧП целесообразно проводить мобилизацию КО с последующей визуализацией соустья ВЧП с помощью угловой оптики и только после этого осуществлять расширение естественного соустья ВЧП, если оно блокировано. 3) Наш хирургический опыт свидетельствует о том, что допустимо щадящее воздействие на КО при его типичном строении, при гипертрофии, пневматизации КО показана резекция только его нижней части.

РЕОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ЭКСТРАНАЗАЛЬНОГО ВСКРЫТИЯ ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Волков А.Г.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, РФ.

Введение. До настоящего времени нередки еще случаи вскрытия лобных пазух по Н.В. Белоголовову (http://ilive.com.ua/health/hirurgicheskoe-lechenie-hronicheskogo-frontita_111042i15951.html; Янборисов Т.М. - http://www.freepatent.ru/patents/2118512), когда проявляются все недостатки этого способа – и это не только массивные разрушения важных в функциональном отношении костных структур лицевого скелета, заращение сформированного во время вмешательства лобно-носового соустья, но и косметический дефект, нередко с нарушением функции верхнего века, грубый массивный мягкотканный рубец. Довольно подробно особенности осложнений и некоторые возможности их предупреждения описаны в статье С.З. Пискунова и соавт. (2011).

Материал, методы и результаты. Мы хотели бы остановиться на 26 случаях рецидивов гнойных фронтитов после вскрытия лобных пазух по Н.В. Белоголовову (1927), проведенных в ряде лечебных учреждений страны и, как первичные, поступавшие в ЛОР клинику РостГМУ в 2010-2017 г.г., причем из этой группы 7 - ранее пазухи оперированы дважды, 2 – трижды. Возраст больных колебался в пределах 22-67 лет, у 5 из них воспалительный процесс был двухсторонним, у всех воспалительный процесс был в стадии обострения, причем у 20 - сопровождался орбитальными осложнениями. Клинически и рентгенологически диагноз был подтвержден, при поступлении у некоторых больных имелись рентгенограммы в традиционных проекциях, однако всей группе проведены КТ, 5, по показаниям – МРТ. Эти исследования включали и неинвазивные, традиционно применяемые в нашей клинике – реофронтографию, цифровую диафанографию и звуковой скрининг-тест, которые объективно доказали наличие обструкции лобно-носового соустья на его различных уровнях у всей группы больных.

Перед нами стояла одна цель – ликвидировать стеноз лобно-носового соустья и восстановить дренаж и аэрацию пораженной лобной пазухи/х. В то же время мы понимали, что во время вмешательства неизбежно столкнемся с наличием выраженного воспалительного процесса в пораженной пазухе/хах, патологическим содержимым в ее просвете, с деформированными и анатомически измененными костными структурами лобных пазух и близлежащими образованиями лицевого скелета. Кроме того, важным фактором станет попытка удаления грубого рубца лобно-носового шва и формирование нежного образования. Для выполнения этой цели мы планировали создать функционирующую искусственную «оболочку» из каких-либо материалов, уложив ее на поверхность костных структур, образующих лобно-носовое соустье.

Вначале, в качестве такого материала, мы брали деминерализованные костные трансплантаты (ДКТ), которые в нашей клинике с большим успехом используются для пластики стенок околоносовых пазух, а также - различных костных структур лицевого скелета с 1999 года (Помухина А.Н. и соавт., 1999; Волков А.Г., 2001; Боджоков А.Р., 2011; Волков А.Г., 2016). В качестве пластического материала ДКТ использован более чем у 600 больных за срок более 25 лет, причем сотрудниками кафедры проведены и фундаментальные исследования на экспериментальных животных, подтвердившие ценность и полезность ДКТ при их трансплантации в плоские кости черепа (Боджоков А.Р., 2011; Ромашевская И.И., 2013).

В настоящее время многие авторы считают (Омельяненко Н.П. и соавт., 2002), что все существующие материалы должны в той или иной степени отвечать основным требованиям хирургов, занимающихся реконструктивными вмешательствами: заполнять костный дефект на определенный период времени, не вызывать реакции

отторжения, обладать способностью к биодеградации. Постоянно помнили, что поврежденные структуры лицевого скелета, в том числе – и стенки околоносовых пазух, считаются особенно трудными для восстановления (Кассин В.Ю., 2000).

В качестве материала для пластики костных структур, ДКТ обладают необходимыми качествами: гибкостью в сочетании с упругостью, пластичностью, возможностью моделирования достаточно простой формы и легкостью механической обработки, отсутствием антигенных свойств, способность к стимуляции репаративных процессов в кости с последующим замещением формы, размера и объёма трансплантированного фрагмента, с остеогенезом в ране, причем по мере роста новообразованной кости, размер трансплантированного фрагмента и костного дефекта уменьшаются (Савельев В.И., 1987, 1990).

Во время реопераций выявился важный недостаток этого материала для пластики внутренней «оболочки» лобно-носового соустья - оказалось невозможным соединять трубчатые фрагменты соустья без их стыка, что нередко приводило к его заращению за счет прорастания рубцовой ткани в указанные промежутки «оболочки», вызывая стриктуры соустья и рецидив заболевания. Это фактор побудил отказаться во многих случаях от использования ДКТ и попытаться применить более пластичные материалы.

Под вышеуказанные характеристики для трансплантации подходил новый материал - политетрафторэтилен (ПТФЭ) - синтетический продукт полимеризации тетрафторэтилена. Благодаря своей уникальной химической инертности, большому молекулярному весу, отсутствию сложноэфирных связей и углеродных соединений он устойчив к наиболее значимым путям биодеструкции. ПТФЭ (коммерческое название - Экофлон) обладает химической стабильностью, отсутствием общетоксического, раздражающего и сенсибилизирующего действия, не вызывает отложение фибрина, активацию тромбоцитов, адгезию белка, воспалительных и бактериальных клеток, т.е. является биосовместимым материалом, что подтверждено и нашими исследованиями (Тюкин Ю.В., 2013).

Нами (Волков А.Г., Тюкин Ю.В., 2014), на экспериментальном и клиническом материале доказано, что за 30 дней нахождения трансплантата из пористого ПТФЭ происходит замещение значительной части его массы новообразованной тканью, обладающей высоким остеогенным потенциалом, который проявляется прежде всего по периферии имплантируемого материала, приводя к появлению пластинчатой костной ткани с наличием зачатков гаверсовых каналов и появлением костно-мозговых элементов, что указывает на формирование полноценной плоской кости. Одним из важных качеств трансплантата из ПТФЭ является простая возможность моделирования, что позволяет формировать из него адекватные фрагменты относительно поверхности костных структур соустья, повторяя их контуры без стыков, щелей и образования дупликатур материала. Получены обнадеживающие отдаленные результаты после нескольких реоперций, поэтому работы в этом направлении продолжаются по настоящее время.

Выводы. Таким образом, в настоящее время, трансплантат из пористого ПТФЭ лучше всего может быть использован при формировании трубчатого фрагмента на участке внутренней поверхности искусственного лобно-носового соустья при операциях по поводу рецидива хронического гнойного фронтита после проведенного вмешательства, преимущественно, по Н.В. Белоголовову.

РИНОСИНУСИТЫ У ДЕТЕЙ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. В ЧЕМ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

Шиленкова В.В.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, РФ

Введение. Влияние гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) на развитие и поддержание воспалительных заболеваний дыхательных путей у детей известно давно. В литературе описана роль ГЭР в возникновении ларингитов, узелков голосовых складок, бронхитов, бронхиальной астмы, хронического аденоидита и даже среднего отита. Недаром наряду с термином «ГЭР» популярным стал термин «верхний рефлюкс», или ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР), означающий продолжение рефлюкса проксимально, через верхний пищеводный сфинктер в гортаноглотку и гортань. Тем не менее, влияние ГЭР на развитие риносинуситов изучено недостаточно. До конца не известны и патофизиологические аспекты ГЭР при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух (ОНП). В основном указывается на два возможных механизма: раздражающее действие кислоты на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и рефлекторное, вазовагальное, действие ГЭР, проявляющееся в бронхоконстрикции и возникновении кашля, при котором возможен заброс из желудка в глотку и полость носа. Теория же возможного влияния ГЭР на мукоцилиарный транспорт (МЦТ) слизистой оболочки полости носа в литературе не имеет четкой доказательной базы и является лишь предположением.

Цель исследования: изучить роль ГЭР в патогенезе воспалительных заболеваний ОНП у детей.

Клинические наблюдения и методы исследования. Основу клинического анализа составили 128 детей в возрасте от 8 до 17 лет, у которых на основании анализа амбулаторных карт и соответствующих методов исследования можно было констатировать наличие рецидивирующих риносинуситов. Из них у 21 ребенка (16,4%) при фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) был достоверно установлен ГЭР. Основанием для проведения ФЭГДС послужило наличие в анамнезе жалоб, соответствующих патологии желудочно-кишечного тракта. Критериями исключения из данного исследования явились наличие у больных гипертрофии глоточной миндалины, аллергического ринита, деформации носовой перегородки, полипозного риносинусита как одной из возможных причин хронического или рецидивирующего насморка. Все дети с ГЭР прошли комплексное обследование, включающее оптическую эндоскопию полости носа и носоглотки, двухмерную ультрасонографию ОНП, переднюю активную риноманометрию (ПАРМ), исследование МЦТ методом сахаринового теста (СТ) и определения частоты биения ресничек (ЧБР), суточный фарингоэзофагальный мониторинг с pH-метрией.

Результаты. Наиболее характерным проявлением ГЭР у детей явилась боль в эпигастральной области (90,5%). Изжога и тошнота наблюдались только в 42,9% случаев. Из оториноларингологических жалоб превалировали слизистые выделения из носа (85,7%), затруднение носового дыхания (57,1%) и кашель (28,6%). У 42,9% больных диагностирован ларингит. На основании суточного фарингоэзофагального pH-мониторинга эпизоды ЛФР отмечены у 9 детей из 15, у которых данное исследование удалось провести в полном объеме (60%). У 6 детей рефлюксы были единичными, от 1 до 4 эпизодов за все время исследования. У 3-х детей количество рефлюксов превысило 10, причем в одном случае зарегистрирован 71 эпизод рефлюксов в глотку. В 6 случаях рефлюксы в глотку были непродолжительными, от 40 сек. до 2,5 мин. В 1 случае максимально продолжительный по времени ЛФР длился 4 мин. У двух детей продолжительность одного из эпизодов ЛФР превысила 40 минут. По данным эндоскопии и ультрасонографии ОНП в большинстве случаев имелись признаки катарального воспаления синусах (80%). По результатам ПАРМ нарушение

дыхательной функции полости носа отмечено только у 15 больных (71,4%). Время СТ превышало ранее установленную нами норму для детей исследуемого возраста (7,54±0,34 мин.) и составило 16,48±7,25 мин. (p=0000046). Наблюдалось резкое снижение ЧБР на нижней носовой раковине до 0,99±0,20 Гц, на средней носовой раковине – до 3,71±2,33 Гц при норме 3,19±1,71 Гц и 6,95±2,36 Гц соответственно (различия с физиологической нормой достоверны, p=0,000071 и p=000063). Всем пациентам проведена стандартная терапия ГЭРБ, включающая диету, антацидные препараты, ингибиторы Н+К+АТФазы и блокаторы дофа-рецепторов. Какого-либо специфического лечения у оториноларинолога не проводилось. Санация ОНП по данным ультрсонографии достигнута в 80,9% случаев. Заметная положительная динамика отмечалась и при исследовании функционального состояния слизистой оболочки полости носа. Время СТ уменьшилось до возрастной нормы и составило 8,52±3,07 мин. ЧБР на нижней носовой раковине увеличилась до 3,17±1,19 Гц, на средней носовой раковине - до 7,67±2,80 Гц, что также соответствовало установленным нами нормативам у детей. Через год осмотрено 16 детей из 21, у 11 из них рецидивов риносинусита не наблюдалось. У 5 детей сохранялись насморки, эти же пациенты имели от 1 до 3-х эпизодов обострения ГЭРБ.

Заключение. Полученные результаты позволили установить патогенетическую связь ГЭРБ с риносинуситами у детей. ЛФР вызывает нарушение МЦТ, что способствует развитию воспаления в полости носа и рецидивам риносинусита. Наиболее характерными особенностями риносинуситов у детей с ГЭР являются: катаральная форма воспаления, рецидивирующее течение, сопутствующий ларингит и кашель, возникновение эпизодов болезни непосредственно после нарушения диеты и манифестации симптомов ГЭР, исчезновение симптомов риносинусита или значительное стихание процесса после проведения антирефлюксной терапии. При сочетании рецидивирующих риносинуситов и ГЭР необходимо комплексное обследование, лечение и наблюдение пациента одновременно у двух специалистов: оториноларинголога и гастроэнтеролога.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РИНО-ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС В ПАТОГЕНЕЗЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Филимонов С.В., Кривошеин В.Е.
ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

В доступной литературе известен ряд рефлексов полости носа, отражающийся на состоянии деятельности внутренних органов (С.А. Климанцев и соавт.,1993). Что касается рино-церебрального рефлекса, то сведения о нем крайне скудные (Сагалович Б.М., 1967).

В результате проводимых нами наблюдений и исследований выявлено, что рино-церебральный рефлекс существует и его патологическое изменение обусловлено анатомическими особенностями строения полости носа.

Объектом нашего наблюдения были пациенты (14 человек), у которых жалобы на постоянные или периодические головные боли преобладали над жалобами на нарушение носового дыхания.

При сборе жалоб и анамнеза заболевания обращалось внимание на периодичность и локализацию головных болей, наличие обмороков и припадков неврогенного характера, наличие или отсутствие хронического воспаления ЛОР органов, неврологический статус. Как правило, это были пациенты получавшие безуспешную консервативную терапию головных болей у смежных специалистов (неврологи, эпилептологи, эндокринологи, терапевты и т.д.). Больным проводилось исследование носового дыхания, эндориноскопия, анкетирование динамического изменения боли до и после ринохирургического вмешательства, динамическое измерение артериального давления, конусно-лучевое компьютерно-томографическое исследование с программой Sirona Galileos.

В результате проведенного исследования во всех случаях была выявлена взаимосвязь между наличием «вколоченных шипов» перегородки носа в латеральную стенку носа и характером головных болей. В этих ситуациях анемизация полости носа не приводила к снятию блока между шипом и носовыми раковинами, а последние анатомически были деформированы и имели вогнутую подковообразную форму, соответствующую форме шипа.

При удалении шипа и проведении одномоментной турбинопластики с внутрираковинной дезинтеграцией ее костной структуры головные боли исчезали у 64% или становились значительно меньше у 36% пациентов, прекращались припадки, улучшались показатели артериального давления.

При обследовании больных с шипами «невколоченного» характера подобных эффектов обнаружено не было.

Результаты исследования позволили заключить о формировании «патологического рино-церебрального рефлекса» у пациентов с врожденными или приобретенными (травма носа) аномалиями формы и перегородки носа. Такие пациенты безрезультатно лечатся у различных специалистов, а «паталогический рино-церебрального рефлекса» протекает под маской других заболеваний.

Больной Н. лечился в течение 5 лет у невролога по поводу сильных головных болей в правой половине головы и лица и припадков, сопровождающимися режуще-разламывающими приступами боли, в правой половине головы с частотой 1 раз в 7-14 дней по 20-30 минут. После безрезультатной терапии направлен неврологом в ЛОР клинику. Обнаружен вколоченный шип перегородки носа и киста верхнечелюстной пазухи с одноименной стороны. Носовое дыхание умеренно затруднено. После септопластики, с одномоментной нижней турбинопластикой, удалением кисты приступы прекратились, головные боли исчезли сразу после операции. Катамнез 6 мес.

Больная Г. с жалобами на головные боли в течение 15 лет мигренозного изнуряющего характера, с преимущественной локализацией в левой теменной области. Из основных заболеваний – эндометриоз, нередко сопровождающийся головными болями. Врачом гинекологом-эндокринологом головные боли были трактованы как симптом основного заболевания. ЛОР–статус «вколоченный» шип в левую нижнюю носовую раковину. После кристотомии с одномоментной нижней турбинопластикой головные боли прекратились. Катамнез 1 год.

Таким образом, при наличии упорных головных болей, неподдающихся неврологическому или общетерапевтическому лечению при отсутствии воспалительной патологии носа и околоносовых пазух следует проводить ринологическое обследование на предмет выявления «паталогического рино-церебрального рефлекса» и его устранение ринохирургическим способом.

РОЛЬ ДАННЫХ 3D РКТ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Красножен В.Н., Андреева И.Г., Хукуматшоев А.И.
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, РФ

Введение. Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух являются одной из наиболее актуальных проблем ринологии. Ринологи обращают внимание на важность проблемы риносинуситов (РС), так как это заболевание обусловлено частым рецидивированием воспалительного процесса, острый риносинусит нередко переходит в хроническую форму. Следует отметить, что симптомы риносинусита значительно снижают качество жизни пациентов, особенно детей. Анатомические варианты строения полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП), небольшие отклонения от физиологической нормы, создают предпосылки для развития патологического процесса. Это имеет очень важное клиническое значение, создаются условия для атипичного протекания патологического процесса, усложняется задача оториноларинголога при хирургическом вмешательстве и затрудняется течение послеоперационного периода. Метод трехмерной рентгеновской компьютерной томографии (3 D РКТ) позволяет прижизненно изучать особенности анатомического строения ПН и ОНП на основе анализа изображений в трех плоскостях. Значение деталей анатомического строения ПН и ОНП особенно важно при планировании и выполнении FESS.

Цель исследования: на основании анализа РКТ ОНП пациентов, имеющих в анамнезе острый риносинусит (ОРС) и хронический риносинусит (ХРС), поступающих на оперативное лечение, изучить варианты аномалий ПН и ОНП, анатомического строения, частоту воспалительных изменений, определить их клиническую значимость при планировании оперативного вмешательства.

Материалы и методы: На базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ г. Казани прооперировано 18 пациентов за период 2016 по 2017гг., из них 11 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 10 до 14 лет, средний возраст 12 лет.

Результаты:

14 пациентов (77,8%) на протяжении 3-4 последних лет имели в анамнезе ОРС и рецидивы не более 1 раза в год.

4 пациента (22,2%) с ХРС с регулярными обострениями более 1 раза в год и стойкими изменениями в области остиомеатального комплекса и явлениями хронического воспаления и полипозом крючковидного отростка (КО), что подтверждено гистологически во всех случаях.

1. Искривление носовой перегородки (НП) (по R. Mladina) у 9 пациентов (50%).
   1.1. Небольшое боковое смещение перегородки носа в области клапана носа, нарушающее его функцию (IIтип) – 1 (5,6%)
   1.2. Отклонение перегородки носа напротив переднего конца средней носовой раковины (IIIтип)– 5 (27,7%)
   1.3. Расположение гребня в базальных отделах перегородки носа на одной стороне, противоположная сторона прямая (Vтип) -1 (5,6%)
   1.4. Расположение гребня в передне-базальных отделах с одной стороны, «ущелье» на противоположной (VIтип)– 1 (5,6%)
   1.7. С-образная девиация по типу «турецкой сабли » - 1 (5,6%)
2. Крючковидный отросток (КО) изменения 6 (%)
   2.1. Утолщение КО и полипозные изменения – 4 (22,2%)
   2.2. Латеральная девиация – 4 (22,2%)
   2.3. Медиальная девиация – 1 (5,6%)
   2.4. Пневматизация КО – 1 (5,6%)
   3. Аномалия носовых раковин:

3.1.Concha bullosa в основном двусторонняя – 10 (55,6%)
3.2 Гипертрофия нижних носовых раковин – 6 (33,3%)
3.3 Парадоксальная средняя носовая раковина – 2 (11,2%)
4. Аномалии решетчатого лабиринта:
4.1. Клетки Галлера – 3 (16,7%)
4.3. Решетчатый (гигантский) пузырек – 1 (5,6%)
4.4. Гиперпневматизиция agger nasi – 7 (38,9%)
5. Аденоидные вегетации:
5.1 Аденоиды 2 степени- 8 (44,4%)
5.2 Аденоиды 3 степени - 8 (44,4%)
5.3 Блокирование устья слуховой трубы аденоидами – 7 (38,9%)
6. Снижение пневматизации ОНП (за счет воспаления)
6.1. Вехнечелюстной пазухи (ВЧП) (одност., двухст.) пристеночное – 8 (44,4%), субтотальное – 2(11,2%) , тотальное - 2(11,2%)(5,6%)
6.2. Клеток решетчатого лабиринта (одност., двухст.) – 3 (16,7%)
6.3. Лобной пазухи (одност., двухст.) –5 (27,7%)
6.4 Блок воронки ВЧП – 17 (94,4%)
7. Кисты ВЧП – 4 (22,2%)
Выполнены следующие вмешательства:
Эндоскопическая шейверная аденотомия – 16 (88,9%)
Радиоволновая тонзиллотомия – 1 (5,6%)
Мобилизация КО специальным инструментом- мобилизатором КО – 14 пациентам (77,8%), из них 13 двусторонняя
Буллотомия средней носовой раковины с одной или двух сторон – 8 (44,4%)
Вазотомия нижних носовых раковин – 1 (5,6%)
Резекция задних концов нижних носовых раковин – 1 (5,6%)
Септопластика – 4 (22,2%)
Микрогайморотомия – 2 (11,2%), 1- через переднюю стенку ВЧП, 1 – через средний носовой ход с удалением грибкового тела.
Фронтотомия – 1 (5,6%)
Инфундибулотомия – 2 (11,2%)
Резекция 2\3 измененной части КО – 2 (11,2%)
Шунтирование барабанной перепонки – 1 (5,6%)
Выводы: 3 D РКТ ОНП, являясь «золотым стандартом» перед выполнением синусохирургии, позволяет учесть все анатомические особенности строения, выполнить симультанные операции, используя оптимальный доступ.

РОЛЬ ПАТОЛОГИИ НОСА В ЧАСТОТЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗРЫВОВ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ПРИ ТРАВМЕ.

Полякова С.Д., Батенева Н.Н., Некрасова Е.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия.

Введение. Несмотря на наличие среднего соединительнотканного слоя в натянутой части барабанной перепонки, плотность и прочность перепонки отличаются у разных людей. Поэтому повреждающее действие небольшой силы может привести к разрыву натянутой части барабанной перепонки. Ухо обладает выраженной чувствительностью к звукам, вибрациям и перепадам атмосферного давления, ввиду чего мы можем наблюдать аку-, вибро- и баротравму уха. Наибольшей чувствительностью к перепадам атмосферного давления обладает барабанная перепонка, и разрывы ее наблюдаются уже при добавочном давлении в 0,5 атмосферы. Резкое возрастание атмосферного давления воздействует на барабанную перепонку и смещает ее внутрь, что вызывает немедленное перемещение воздуха из полости среднего уха по слуховой трубе. Затем происходит падение атмосферного давления извне, а отрицательное давление в барабанной полости не успевает выравниваться через слуховую трубу и начинает резко втягивать барабанную перепонку внутрь. Таким образом, если давление в барабанной полости не успевает выравниваться через слуховую трубу (СТ), может произойти разрыв барабанной перепонки. При таком механизме травмы повреждение чаще локализуется в переднее-нижнем квадранте. Нарушение носового дыхания препятствует способности СТ компенсировать изменения внешнего давления. Изучение влияния изменений носовых структур на состояние СТ показало, что односторонние процессы в полости носа в большей степени нарушали тубарную функцию, чем двусторонние. При наличии костного гребня перегородки в одной половине носа возникает разница в уровнях давления между носоглоткой и полостью носа, а также между носоглоткой и барабанной полостью.

Материал и методы. На базе отоларингологического отделения №2 БУЗ ВО Воронежской областной клинической больницы №1 нами за последние 4 года обследовано и пролечено 156 больных с травматическими разрывами барабанной перепонки. Среди них мужчин – 97 (62,2%), женщин – 59 (37,8%). Возраст пациентов: от 17 до 25 лет – 41 (26%), 25-40 лет – 55 (35%), 40-50 лет – 31 (20%), старше 50 лет – 29 (19%).

Основной жалобой пациентов при травматическом повреждении барабанной перепонки являлось снижение слуха. Шум и звон в ушах беспокоили 95 (61%) больных. Чувство заложенности в ухе отмечали 98 (63%) пациентов. Головокружение наблюдалось у 34 (22%) больных. Кровотечение из уха в момент травмы отмечали 40 (26%) пациентов.

Наиболее частой причиной травматического повреждения барабанной перепонки являлся удар по уху – 115 (73,5%) больных. У 14 (9%) пациентов травматический разрыв барабанной перепонки произошел при черепно-мозговой травме. Неосторожные манипуляции в слуховом проходе слухового являлись причиной повреждения барабанной перепонки в 13 (8,5%) случаев. Попадание окалины на барабанную перепонку наблюдалось у 8 (5%) пациентов. Повреждения, вызванные резким повышением атмосферного давления (баротравма) выявлены у 6 (4%) больных.

Результаты. Таким образом, у 121 (77,5%) пациента разрыв барабанной перепонки возник из-за резкого изменения атмосферного давления. В этой группе больных проведено эндоскопическое исследование носоглотки: отек и гиперемия слизистой оболочки глоточного устья СТ на стороне изменений носовых структур определялись у 98 (81%) пациентов. Патология носа и околоносовых пазух выявлена у 110 (91%) пациентов: искривление носовой перегородки имело место у 94 (77,7%) больных, из них у 80 (66,1%) односторонняя девиация на стороне травмы барабанной перепонки,

гипертрофия задних концов нижних носовых раковин – у 78 (64,5%). Таким образом, из числа больных, имевших искривление носовой перегородки, у 85% травматический разрыв барабанной перепонки возник на стороне девиации.

При исследовании функции СТ у пациентов с травматическими разрывами барабанной перепонки вследствие резкого изменения атмосферного давления, выявлена различная степень проходимости СТ, так у 19 (15,7%) пациентов выявлена тубарная дисфункция первой степени, у 32 (26,4%) больных – второй степени, у 70 (57,9%) - тубарная дисфункция третьей степени.

Всем пациентам проводилась отомикроскопия с увеличением х12,5: в ранние сроки после травмы чаще наблюдались щелевидные перфорации с неровными краями, на более поздних сроках от момента травмы перфорации приобретали более округлую форму, края их утолщались.

Пациентам с искривлением носовой перегородки была рекомендована подслизистая коррекция носовой перегородки, а при наличии гипертрофированных задних концов нижних носовых раковин их резекция под контролем эндоскопа. Хирургическая коррекция патологии полости носа выполнена 38 (31,4%) больных. Закрытие перфорации барабанной перепонки проводилось по модифицированной методике, предложенной Berthold амниотической пленкой куриного яйца или силиконовой пленкой.

В дальнейшем пациенты наблюдались через 3 и 6 месяцев после окончания лечения. При повторном осмотре через 3 месяца у 37 (97,4%) пациентов с травматическими разрывами барабанной перепонки вследствие резкого изменения атмосферного давления, перенесших хирургическую коррекцию полости носа, перфорация барабанной перепонки закрылась. У 83 (68,6%) больных, тимпанопластика которым проводилась без коррекции патологии носовых структур, успешное закрытие перфорации барабанной перепонки выявлено у 78 (93,9%) человек.

Выводы: Патология носа и околоносовых пазух выявляется у 91% пациентов с травматическими разрывами барабанной перепонки вследствие резкого изменения атмосферного давления. У больных с искривлением носовой перегородки травматические разрывы барабанной перепонки в 85% случаев возникали на стороне девиации. Для успешной пластики дефекта барабанной перепонки рекомендовано проводить хирургическую коррекцию патологии полости носа.

РОЛЬ СПИРОМЕТРИИ В ВЫБОРЕ РЕЖИМА ИВЛ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛИМФАТИЧЕСКОМ КОЛЬЦЕ ГЛОТКИ

Думенко Е.Е., Химичева Е.В.
ОАО «Окружной центр новых медицинских технологий» Медицинский центр «Семья», Ростов-на-Дону, РФ

В настоящее время превалирование видеоэндоскопических операций при патологии лимфатического кольца глотки (ЛКГ) у детей под интубационным наркозом над «слепыми» вмешательствами под местной анестезией, ставит новые задачи перед анестезиологом и хирургом, так как успешное ведение таких пациентов начинается с понимания существенных анатомических и физиологических различий между ребёнком и взрослым, а также с патофизиологии дыхания и дыхательных путей.

Причины: единая зона работы и ответственности (хирург и анестезиолог работают в дыхательных путях пациента); пациенты ЛОР отделения имеют повышенный риск респираторных осложнений; использование эндоскопического оборудования при операции на ЛОР органах привело к увеличению объёма и продолжительности операций.

Внешнее дыхание - это термин, описывающий процессы движения воздуха по дыхательным путям, распределения его в легких и переноса газов из воздуха в кровь и обратно. обратно. Как известно, ведущими механизмами бронхиальной обструкции в клинке ЛОР патологии являются: спазм гладкой мускулатуры бронхов воспалительная инфильтрация и отек слизистой бронхов; увеличение количества вязкого секрета в бронхах увеличение; экспираторный коллапс мелких бронхов (менее 2 мм в диаметре, не имеющих хрящевого скелета). Базовой методикой исследования функции внешнего дыхания (ФВД) является форсированная спирометрия. Данная процедура безболезненна, безопасна, проводится как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара занимает несколько минут.

Цель исследования: оценить влияния патологии ЛГК на ФВД и диагностика типа нарушения вентиляции легких; определить эффективность использования рекрут – маневра в ИВЛ по сравнению со спонтанным дыханием и обычным режимом ИВЛ

Материал и методы исследования: обследовано 20 детей в возрасте от 3 до 8 лет с патологией ЛКГ. 9 из них - гипертрофия ЛКГ глотки 2-3 степени, 11 - аденоиды 2-3 степени. Помимо затрудненного носового дыхания, частых отитов, у пациентов наблюдались эпизоды сонного апноэ, беспокойный сон, быстрая утомляемость и повышенная возбудимость детей. Большая часть пациентов наблюдалась у невролога по поводу малых мозговых дисфункций, невротических тиков. Эти симптомы косвенно свидетельствуют о хронической гипоксии и гиперкапнии. Кроме общеклинического предоперационного обследования проводилась спирометрия в день операции и в день выписки. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение в необходимом объеме с использованием подвесной фарингеальной системы, видеоэндоскопического оборудования, шейвера под общей анестезией. Общая анестезия проводилась с использованием наркозного аппарата: Drager Primus с испарителем для Севофлюрана. Параметры вентиляции легких регистрировались при помощи встроенного монитора респираторных функций Drager.

Все больные были разделены на три группы пациентов:

1 группа пациентов - ИВЛ не требовалась, так как сохранялось спонтанное дыхание, без признаков дыхательной недостаточности;

2 группа пациентов - ИВЛ проводилась в режиме VCV без рекрут-маневра;

3 группа пациентов - ИВЛ проводилась в режиме VCV с использованием рекрут маневра.

Маневр рекрутмента представляет собой аппаратный вздох с кратковременным

повышением давления в дыхательных путях до 40 см вод ст с использованием PEEP в пределах от +7 до +12 см вод ст.

Результаты. По данным предоперационного исследования больше всего страдала жизненная емкость легких (ЖЕЛ) показатели до операции колебались от 65% до 29% от должного и дыхательный объем. Использование маневра рекрутмента однозначно улучшало функцию внешнего дыхания и способствовало восстановлению функций внешнего дыхания, что иллюстрируется увеличением ЖЕЛ с 29% до 71% от должного, а также увеличением ДО с 0.2л до 0.5л. При проведении ИВЛ без маневра рекрутмента спирограмма незначительно улучшалась: увеличение ЖЕЛ с 60% до 71% от должного, а также изменением ДО с 0.31л до 0.33л. При проведении анестезии на спонтанном дыхании, как правило, спирограмма ухудшалась: снижение ЖЕЛ 68% до 34%, а также снижение ДО с 0.36 до 0.3л.

Выводы: У всех пациентов были выявлены все три типа нарушения вентиляции лёгких: обструктивный, рестриктивный и смешанный, что соответствует клинике заболевания и скорее всего коррелирует с размерами аденоидов и миндалин. Самые грубые вентиляционные нарушения отмечаются при запущенных клинических случаях гипертрофии ЛГК. Степень риска респираторных осложнений коррелирует со степенью нарушения вентиляции легких и незначительно - с типом нарушения. Назначение спирографии при патологии ЛГК является обоснованным, так как регистрируемые показатели дают информацию о функциональном состоянии легких и бронхов, проходимости дыхательных путей, о наличии и степени снижения вентиляционной способности легких и о типе вентиляционных нарушений. В послеоперационном периоде спирометрия позволяет оценить эффективность проведенных лечебных мероприятий; мониторировать течение заболевания; своевременно скорректировать послеоперационную терапию. Могут ли данные спирограммы быть использованы, как маркер показаний к проведению маневра рекрутмента при операциях на лимфатическом кольце глотки - этот вопрос на настоящий момент находится в стадии разработки и нуждается в проверке временем и практикой.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Карпищенко С.А., Зубарева А.А., Петропавловская М.Ю., Кучерова Л.Р.
ФГОУ ВО Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени И.П. Павлова, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Гранулематоз Вегенера — системный идиопатический АНЦА-ассоциированный некротизирующий васкулит, основным морфологическим и патогенетическим проявлением которого является гранулематозно-некротическое воспаление с преимущественным поражением ЛОР органов и зубочелюстной области. Заболевание носит системный характер и, патологический процесс, дебютируя как правило, в ЛОР-органах, маскирует симптомы основного процесса. По некоторым данным, в европейских странах за последние 30 лет возросла заболеваемость гранулематозом Вегенера в 4 раза. Этиология болезни остаётся неизвестной. Предполагается возможность связи начала болезни с воздействием инфекционного агента. Средний возраст пациентов составляет 30-40 лет.

Диагностика заболевания всегда вызывает затруднения. Согласно критериям американского общества ревматологов, диагноз Гранулематоза Вегенера устанавливается в случае наличия у пациента двух или более из следующих критериев: поражение носа с вовлечением околоносовых пазух; изменения в легких по результатам лучевого исследования (инфильтрат, гранулемы, каверноподобные полости в легких); изменения в анализе мочи – мочевой осадок с гематурией; гранулемы в сосудах мелкого и среднего диаметра по результатам патоморфологического исследования биоптата.

Цель исследования. Совершенствование ранней диагностики системных заболеваний соединительной ткани в практике оториноларинголога.

Материалы и методы. За последние 7 лет в клинике челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова обследовано 10 пациентов с подозрением на системный васкулит, 60% составили пациенты с Гранулематозом Вегенера, характеризующимся некротизирующим гранулематозным воспалением сосудов мелкого и среднего калибра, с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. В ходе обследования применялись скрининговые методики с целью выявления наличия АНЦА, и специфические методики –для верификации типа антител в зависимости от характера их свечения, биопсия пораженных участков тканей. Всем пациентам была выполнена цифровая компьютерная томография челюстно-лицевой области, полости носа, носоглотки, околоносовых пазух. В комплекс обследования больных входил осмотр врачей специалистов: ревматолога, офтальмолога, невролога/нейрохирурга.

Результаты. Диагностика системных васкулитов представила трудности из-за разнообразной клинической картины и необходимости проведения дифференциальной диагностики с различными заболеваниями. На примере клинических случаев выявлены патогномоничные симптомы системных заболеваний в сочетании с патологией ЛОР органов и зубочелюстной области (хроническое течение риносинусита с некротическими проявлениями). Детально описаны симптомы прогрессии заболевания от стоматологических проявлений и патологии ЛОР органов до нарушения зрительного аппарата и черепномозговых осложнений. На основании лабораторных, клинических данных и результатов компьютерной томографии челюстно-лицевой области, и непосредственном участии ревматологов, впервые установлен диагноз Гранулематоза Вегенера во всех случаях.

Клинически диагноз в большинстве случаев ставился при наличии АНЦА и результатов биопсии пораженного органа (частые многочисленные гранулемы, гигантские клетки, васкулит).

По данным цифровой компьютерной томографии выявлена деструкция костей полости носа, верхней челюсти и верхнечелюстных пазух, воздухоносных ячеек сосцевидного отростка, склерозирующий остеит и истончение кости. Во всех клинических случаях проводилась дифференциальная диагностика Гранулематоза Вегенера от неопластических, инфекционно-воспалительных некротически-язвенных повреждений костных структур.

Выводы: В большинстве случаев больные гранулематозом Вегенера первично попадают в поле зрения оториноларинголога и/или челюстно-лицевого хирурга. Для гранулематоза Вегенера важна ранняя и своевременная диагностика, для профилактики осложнений и продления жизни пациента. Алгоритм обследования больных с системным васкулитом требует проведения тщательного сбора анамнеза, соблюдения онконастороженности, проведения целенаправленного поиска поражения органов респираторного тракта с выполнением: лучевых методов диагностики. Необходим мультидисциплинарный подход на всех этап курации больных с системными заболеваниями. В связи с участившимися случаями регистрации заболевания у врачей оториноларингологов должна быть клиническая настороженность. При длительном нетипичном течении воспалительных процессов с развитием осложнений в виде: язвеннонекротических поражений лицевой области следует предположить наличие системного в том числе АНЦА-ассоциированноговаскулита. Гранулематоз Вегенера - заболевание системное и причинами смерти нередко становятся почечная и легочная недостаточности, и после установления диагноза больного следует срочно направлять в специализированные ревматологические центры.

.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (КЛКТ) В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, СТОМАТОЛОГОВ, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ И РЕНТГЕНОЛОГОВ

Карпищенко С.А., Яременко А.И., Зубарева А.А., Шавгулидзе М.А.
ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, РФ.

Введение. Современная диагностика и лечение воспалительных заболеваний лицевого черепа является одной из наиболее сложных проблем оториноларингологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Инфекционно-воспалительные заболевания околоносовых пазух и полости носа, несмотря на их активное изучение, являются актуальными и в настоящее время. Они, особенно верхнечелюстные синуситы, часто встречаются среди населения, имеют тенденцию к хронизации, отягощению течения ряда системных заболеваний и развитию гнойных осложнений. Входными воротами для возбудителей инфекционно-воспалительных процессов в этих анатомических структурах могут быть как дефекты слизистой оболочки полости носа, верхней челюсти, так и дефекты твердых тканей зуба, зубодесневого прикрепления. Наличие первичного инфекционно-воспалительного очага в одной из указанных анатомических структур часто сопровождается распространением воспалительного процесса на смежные анатомические структуры: из полости носа – на верхнечелюстной синус; из верхнечелюстного синуса – на костные структуры верхней челюсти, околочелюстные мягкие ткани. Внедрение в оториноларингологическую и челюстно-лицевую практику новых методов лечения, ориентированных на микрохирургическую технику, и ставящих перед собой цель сохранения функции пораженного органа, требует точного знания, помимо патологии, индивидуальной его анатомии ещё перед оперативным вмешательством.

Цель исследования – совершенствование диагностики и лечения рино-одонтогенной инфекции лицевого черепа.

Материалы и методы. Результат комплексного клинико-инструментального и лучевого обследования более 800 больных с очаговой риногенной, одонтогенной и смешанной инфекцией лицевого черепа. Выполнен текущий и ретроспективный анализ данных клинического материала (истории болезней стационарных больных, амбулаторные карты пациентов) и лучевого компьютерного архива (CD-диски с результатами КТ, 3ДКТ, МРТ, а также оцифрованные пленочные рентгенотомограммы околоносовых пазух, полости носа и зубочелюстной области). Мы смогли разработать и внедрить в диагностический процесс оптимальные «органо-ориентированные» методики лучевого исследования лицевого черепа, благодаря которым удавалось получать максимально информативные томограммы как с точки зрения визуального, так и количественного денситометрического анализа.

Результаты. Мы использовали в диагностике и дифференциальной диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний лицевого отдела головы многоплоскостную (трехмерную) конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ). При этом, благодаря новым высокотехнологичным возможностям этого метода (одновременное изучение на экране монитора истинного рентгеновского изображения любой топографо-анатомической зоны лицевого черепа сразу в трех проекциях – фронтальной, сагиттальной и аксиальной, цифровая обработка изображений по специальным программам), у больных была уточнена рентгенологическая симптоматика воспалительных изменений анатомических структур средней зоны лицевого отдела головы, и, в корреляции с клиническими данными, разработаны дифференциально-диагностические критерии не только риногенного и одонтогенного верхнечелюстного синусита, но и смешанной формы. Кроме того, с помощью КЛКТ у 25% пациентов при малосимптомной клинической картине заболевания или

практически при ее отсутствии, были диагностированы патологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных и других околоносовых пазух, а также анатомические варианты развития структур лицевого черепа**:**
– пристеночное утолщение слизистой оболочки синусов;
– полипозные разрастания слизистой оболочки в пазухах;
– наличие жидкостного содержимого в верхнечелюстных синусах;
– солитарные кисты пазух;
– множественные кистовидные образования в области дна верхнечелюстной пазухи;
– периапикальные кисты и кистогранулемы зубов верхней челюсти, разрушающие стенку верхнечелюстных пазух и/или прорастающие в них;
– кистовидные образования верхней челюсти, оттесняющие костную пластинку дна верхнечелюстной пазухи;
– рентгеноанатомические особенности расположения верхушек корней премоляров и моляров в просвете верхнечелюстных пазух.
На основании анализа данных клинико-инструментального и лучевого исследований, результатов консервативного и оперативного лечения больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, полости носа и зубочелюстной области нами разработаны варианты тактики лечения риногенной, одонтогенной и смешанной формы инфекции лицевого черепа.
Выводы. Участие верхней челюсти в формировании полости носа, околоносовых пазух и зубочелюстного аппарата определяет высокую частоту поражения и особенности патогенеза, клиники и лечения больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями средней зоны лицевого отдела головы. Это обстоятельство требует от врача междисциплинарного мышления и междисциплинарного сотрудничества при решении вопросов дифференциальной диагностики, планирования и проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.
Цифровая лучевая диагностика – эталонный метод исследования лицевого отдела черепа, позволяет:
- дифференцировать разные формы воспалительных процессов;
- дифференцировать фазы их течения;
- оценить степень выраженности и распространенности патологического процесса;
- планировать лечение (консервативное и хирургическое).

САНАЦИЯ РИНОСИНУСОТУБАРНОЙ ЗОНЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОТИТОВ

Лавренова Г.В., Глухова Е.Ю., Кордзадзе Т.П., Бекботова Б.О., Шумейко В.К.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия.

Введение: Хронический средний гнойный отит встречается в 2-7,2% ушной патологии взрослого населения. Практически каждому пациенту с хроническим средним гнойным отитом может быть предложено хирургическое лечение. Как свидетельствует клинический опыт, чем раньше оно будет проведено, тем лучше функциональный результат. Ограничением для хирургического вмешательства неосложненного хронического среднего гнойного отита является возраст пациента, наличие сопутствующей соматической патологии.

Цель работы: Повышение эффективности консервативного лечения у больных старших возрастных групп с хроническим средним гнойным отитом.

Материалы и методы. В клинике и на амбулаторном лечении в ПСПбГМУ имени И.П.Павлова находилось 12 пациентов (все женщины в возрасте от 62 до 67 лет)**.** У всех пациенток выявлялась та или иная соматическая патология (аутоиммунный тиреоидит, гипотериоз, гипертоническая болезнь разной степени тяжести и целиакия), требующая постоянной медикаментозной терапии.

Методы обследования включали сбор жалоб, анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, отоэндоскопию, КТ височных костей (спросить у А.А. какой режим), аудиологическое исследование,посев отделяемого из уха. При осмотре у всех пациентов были выявлены изменения в риносинусотубарной зоне в виде хронического синусита, вазомоторного ринита, нарушение проходимости слуховой трубы разной степени. Несмотря на интенсивную терапию, обострение хронического гнойного отита не купировалось в течение 7-10 дней у большинства больных. В результате наших наблюдений был разработан алгоритм, который включал туалет наружного слухового прохода, интратимпанальное нагнетание смеси дексаметазона, диоксидина, адреналина, физиотерапию (терапевтический лазер) эндаурально, катетеризацию слуховой трубы с введением дексаметазона, противоотечные эндоназальные ингаляции. Все больные получали растительные адаптогены (настойку Радиолы розовой и/или настойку Шлемника байкальского при гипертензии).

Результаты: Как показали наши наблюдения, важным патогенетическим звеном затянувшегося обострения хронического гнойного среднего отита были изменения риносинусотубарной зоны в виде отека слизистой оболочки. Отек был следствием вирусного или бактериального воспаления, нарушения анатомических структур носа и околоносовых пазух, сопутствующей соматической патологии. Купирование отека представляло трудную задачу и требовало определенных усилий со стороны и врача, и пациента и способствовало прекращению гноетечения их уха. После проведенного лечения аудиологическое исследование выявило прирост слуха на низких частотах. Осмотр через 1 -3 месяца показал эффективность предложенного алгоритма и позволил обсуждать вопрос о хирургическом лечении у некоторых из наблюдаемых пациентов.

Выводы: Предложенная схема лечения может быть рекомендована практическим врачам.

СЕПТОПЛАСТИКА И УВУЛОПАЛАТОФАРИНГОПЛАСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С СОАС-СИНДРОМОМ: БЕЗОПАСНОСТЬ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

Яровая Л.А., Фёдорова Н.В., Веселова Ю.В., Мошняга В.Б.
ФГБУ “Поликлиника № 2” УД Президента РФ, Москва, РФ.

Введение. В основе болезни синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) имеет место периодическое прекращение дыхания из-за спадения стенок дыхательных путей во сне. Дыхательные пути могут спадаться полностью, и тогда развивается апноэ — прекращение воздушного потока (легочной вентиляции) длительностью 10 с и более. При неполном спадении дыхательных путей отмечается гипопноэ — существенное снижение воздушного потока (более 50% от исходных значений), сочетающееся со снижением насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурации) на 3% и более. Этот индекс апноэ/гипопноэ за час (ИАГ) и является общепризнанным критерием степени тяжести СОАС.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты двух групп: в основную - с искривлением перегородки носа с нарушением функции носового дыхания и с одновременной гипертрофией небной занавески и увулы при наличии СОАС-синдрома. Для хирургического лечения основной группы амбулаторно были отобраны пациенты с легкой и средней степенью тяжести синдрома СОАС: по данным ночной пульсоксиметрии (сканер Pulse Ox7500 SPO medical) индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) составил соответственно: при легкой 5-14 в час, при среднетяжелой 15-29 в час, тяжелая степень заболевания (более 30 в час) в группу исследования не включалась, лор-операция у таких пациентов не проводилась. Из исследования также были исключены пациенты с потенциальным центральным апноэ. Включенной в исследование основной группе пациентов выполнялась септопластика и увулопалатофарингопластика под эндотрахеальным наркозом в условиях лор-стационара. ***Безопасность*** симультанных операций в полости носа и ротоглотке оценивали по наличию осложнений, таких как: открытая ринолалия, парез мягкого неба, избыточное рубцевание мягкого неба, перфорация перегородки носа, синехии полости носа. ***Эффективность*** оценивали у пациентов основной и контрольной групп при помощи ночной пульсоксиметрии до и после проведения операции (оценивали ИАГ до и после лечения у конкретного пациента, статистический анализ выполняли при помощи программы Biostat V.4.0.1). ***Качество*** жизни оценивали у пациентов основной группы до и через 6 месяцев после операции при помощи валидированного опросника NOSE (5 вопросов с оценкой от 0 до 4 баллов). В основной группе оценивали суммацию баллов в до- и послеоперационном периоде и достоверность изменений. Контрольную группу составили пациенты со среднетяжелым и легким СОАС-синдромом, которым не проводилась операция на внутриносовых структурах и ротоглотке, однако они были направлены к диетологу для разработки индивидуальных программ питания с целью коррекции избыточной массы тела. Основная группа составила 19 человек, контрольная - 21 человек.

Результаты. В исследование были включены пациенты: 12 человек с СОАС-синдромом легкой степени тяжести и 7 человек со среднетяжелым, - в основную группу, которая подверглась хирургическому лечению. ИАГ в основной группе у пациентов легкой степенью тяжести (n=12) составил до операции: 9.2±2.49 в час; со среднетяжелым (n=7) 20.3±3.31 в час. Контрольная группа, которая получала лечение у диетолога, составила 21 человек: с СОАС-синдромом легкой степени тяжести 14 человек ИАГ 9.0±2.99 в час, со среднетяжелым – 7 человек ИАГ 20.1±2.91 в час ($p>0.05$, достоверных отличий в набранных группах нет). У пациентов основной группы с легкой степенью СОАС разброс баллов согласно опроснику NOSE до операции составил 7.3±1.91 баллов, со среднетяжелой степенью 11.6±2.51баллов. После операции: у пациентов с легким СОАС по опроснику NOSE баллы составили 4.2±0.72

баллов, со среднетяжелой степенью 7.7±1.49 баллов ($p<0.05$). Осложнений было – 2 в группе легкой степени тяжести: синехии полости носа, связанные с нарушением посещения лор-врача в послеоперационном периоде (10,5%). По данным пульсоксиметрии, проведенной через 6 мес. после операции в основной группе, ИАГ составил соответственно при легкой 7.7±2.43 в час, при среднетяжелой 17.3±2.06 в час, ни одного перехода из группы легкой в среднетяжелую, и наоборот, не было. По данным пульсоксиметрии, проведенной через 6 мес. после лечения в контрольной группе: из 14 человек с легкой степенью тяжести СОАС-синдрома у 5 человек достоверных данных во время ночной пульсоксиметрии зафиксировано не было (23,8%), у 9 человек – осталась легкая степень СОАС-синдрома, из 7 человек со среднетяжелым СОАС-синдромом только 2 человека перешли в легкую степень СОАС (9,5%), 5 человек остались без изменений.

Выводы. 1. Симультанные операции, проводимые в полости носа и ротоглотки при СОАС-синдроме, могут быть безопасными в 89.5% случаев, хотя возможны послеоперационные осложнения нежизнеугрожающего характера. 2. Вследствие наличия послеоперационных осложнений в 10,5% случаев с течением времени может потребоваться дальнейшая хирургическая коррекция внутриносовых структур или органов ротоглотки. 3. Эффективность симультанных лор-операций в нашей работе на степень тяжести СОАС-синдрома и его исход не подтверждена (может быть объяснено небольшой выборкой пациентов основной группы). 4. Симультанные лор-операции позволяют достоверно улучшить качество жизни пациентов в дневные часы и период засыпания у пациентов с СОАС-синдромом. 5. Коррекция массы тела под контролем врача-диетолога может иметь существенную роль в лечении у 23,8% пациентов с СОАС-синдромом легкой степени тяжести.

НАШ ОПЫТ: АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СЕПТУМ-ОПЕРАЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Бибик П.Р.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова Минздрава РФ», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) – распространённое заболевание слизистой полости носа, встречающееся в популяции, по данным мировой литературы, у 0,5–4,3% взрослого населения. Искривление перегородки носа различной степени выраженности имеется у подавляющего большинства населения. Сочетание двух этих факторов может вызывать значимое нарушение носового дыхания и, как следствие, снижение работоспособности и качества жизни.

Цель: выяснить эффективность сочетания септум-операции и эндоскопической полипэтмоидотомии с консервативной терапией в аспекте послеоперационного течения ХПРС.

Материалы и методы. В клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова за период с ноября 2015 г. по июль 2017 г. было оперировано 1865 пациентов, из них 261 пациент (14,0%) с ХПРС. Среди оперированных пациентов с ХРПС 62 из них (23,8%) выполнялась комбинация септум-операции и эндоскопической полипэтмоидотомии (1 группа исследования), 199 пациентам (76,2%) выполнялась эндоназальная полипэтмоидотомия без коррекции перегородки носа (2 группа исследования), при этом во второй группе пациенты имели девиацию перегородки носа по типу шипа, гребня или S-образного изгиба и не имели в анамнезе септум-операции. Из 199 пациентов 114 из них (57,3 %) эндоназальная полипэтмоидотомия без коррекции перегородки носа выполнялась под контролем ригидных эндоскопов 0, 30 и 45 градусов, 85 пациентам (42,7%), соответственно, без применения эндоскопической техники. В пред- и послеоперационном периоде на 7 сутки проводилась оценка состояния пациентов из двух групп по шкале SNOT-22 (SINO-NASAL OUTCOME TEST), выполнялась передняя активная риноманометрия, результаты анкетирования и риноманометрии заносились в таблицу.

Результаты. Эффективность FESS для лечения больных с ХПРС доказана и широко освещена в литературе. Девиация перегородки носа – фактор, влияющий на состояние слизистой полости носа – может быть устранена для улучшения послеоперационных результатов у больных с ХПРС, поскольку:

А) благодаря устранению девиации перегородки носа достигается оптимальный интра- и послеоперационный обзор полости носа с помощью ригидных эндоскопов;

Б) повышается эффективность ирригационной терапии в послеоперационном периоде, так как улучшается доступность «трудных зон» полости носа для воздействия топических противовоспалительных препаратов,

В) восстановление аэрации полости носа и околоносовых пазух – важный фактор восстановления нормальной функции слизистой оболочки, снижающий частоту рецидивов полипозной дегенерации слизистой носа и околоносовых пазух.

Выводы: сочетание септум-операции с плановым оперативным вмешательством по поводу ХПРС может улучшить прогноз относительно рецидива полипоза и качество жизни таких больных, так как повышается доступность полости носа для интра- и послеоперационных манипуляций и эффективность послеоперационной консервативной терапии.

СИМУЛЯТОР ДЛЯ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Кудряшов С.Е., Козлов В.С.
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, г. Москва, РФ

Актуальность. В настоящий момент эндоназальная эндоскопическая хирургия (ЭЭХ) является традиционным методом лечения многих заболеваний носа и околоносовых пазух. Подготовку врачей к таким вмешательствам следует начинать с симуляционного обучения.

Цель работы – совершенствование симуляционных технологий, применяемых в обучении врачей-оториноларингологов практическим навыкам для ЭЭХ.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели на кафедре оториноларингологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» был разработан симулятор для ЭЭХ (регистрационный номер RU158398U1). В качестве модели полости носа используют цилиндры определенных размеров и конфигурации, в каждом из которых размещены сменные элементы для имитации различных этапов ЭЭХ. Разработан ряд упражнений для имитации применения медицинских инструментов на различных этапах проведения ЭЭХ, при этом пользователь обучается проведению местной инъекционной анестезии с помощью шприца, остановке носового кровотечения путем установки в полость носа тампона с помощью прямых хватающих щипцов по Blakesley, разрезанию слизистой оболочки и костных структур с помощью прямых носовых ножниц, удалению слизистой оболочки и костных структур с помощью прямых режущих насквозь щипцов по Blakesley и антральных щипцов по Stammberger, режущих назад вправо или назад влево, определению границ внутриносовых структур и поиск соустий околоносовых пазух с помощью зонда. Для оценки эффективности занятий на симуляторе было проведено исследование, в котором приняли участие 19 врачей-оториноларингологов без опыта выполнения эндоназальных эндоскопических операций. После вводного инструктажа и демонстрации технически правильного выполнения упражнений обучающимся было предложено выполнить их в тестовом режиме. Участники исследования использовали эндоскоп Хопкинса с оптикой 0º и соответствующие медицинские инструменты. Занятия на тренажере проходили по 1 ч в день в течение 5 дней. По окончании симуляционного обучения врачам вновь было предложено выполнить упражнения в тестовом режиме. Все этапы исследования фиксировали методом наружной видеосъемки. Полученный видеоматериал подвергли сравнительному анализу. При этом объективную оценку навыков проводили до и после тренинга на основании времени выполнения упражнений и количества технических ошибок. Для субъективной оценки симуляционного обучения была разработана анкета, которая содержит 35 утверждений, объединенных в 7 групп: эффективность тренинга, полезность тренинга, простота использования тренажера, удобство использования тренажера, эмоциональные характеристики, персональное отношение, стремление к практике. Сразу после обучения испытуемые оценили степень своего согласия или несогласия с каждым утверждением, используя шкалу Лайкерта, где 1. Полностью не согласен, 2. Не согласен, 3. Затрудняюсь ответить, 4. Согласен, 5. Полностью согласен. Кроме того, для субъективной оценки применения полученных навыков в медицинской практике была разработана анкета, содержащая 5 вопросов с вариантами ответа «Да» или «Нет». Участники исследования ответили на вопросы анкеты по телефону или электронной почте через 6 месяцев после обучения.

Результаты. При сравнении полученных данных через 5 ч симуляционного обучения наблюдалось статистически значимое уменьшение времени выполнения упражнений ($p<0,05$), а также статистически значимое снижение количества ошибок ($p<0,05$), что свидетельствует об эффективности тренинга. По результатам первого анкетирования средний балл был выше 3 по шкале Лайкерта для всех утверждений, что демонстрирует

положительную оценку тренинга обучающимися. 17 из 19 участников прошли второе анкетирование (с 2 врачами не удалось связаться), результаты которого также демонстрируют положительную оценку обучения с применением симулятора для ЭЭХ.

Заключение. Разработан простой и доступный симулятор для обучения врачей-оториноларингологов практическим навыкам для ЭЭХ. Разработаны упражнения, которые дают возможность освоить мануальные навыки работы с медицинскими инструментами под контролем видеоэндоскопической системы внутри модели полости носа, используемые на различных этапах проведения ЭЭХ. Пятичасовой тренинг достоверно повышает уровень владения мануальными навыками ($p<0,05$). Участники исследования положительно оценили обучение с применением симулятора для ЭЭХ согласно результатам проведенного анкетирования.

СИМУЛЯЦИОНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ЭТАП В ОБУЧЕНИИ ПЛАСТИКЕ ПЕРФОРАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Громов К.С., Козлов В.С.
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва, РФ

Актуальность. Перфорация перегородки носа (ППН) – локальное нарушение целостности слизистой оболочки, надхрящницы и костно-хрящевого отдела с формированием сквозного отверстия в перегородке носа. По данным исследования D. Oberga (2003) частота встречаемости данной патологии среди населения составляет 0,9%. На данный момент в литературе не встречается описания симуляционых технологий предназначенных для совершенствования навыков закрытия перфораций носовой перегородки. По мнению Р. Мейер (1995) в современных условиях практически любая ППН должна быть закрыта хирургическим путем. Только перфорации в задних, костных отделах ПН, которые встречаются крайне редко, могут быть оставлены без внимания, так как они не вызывают никаких неудобств. Для хирургического закрытия перфораций перегородки носа существуют множество хирургических методик. Их разнообразие свидетельствует о том, что нет единой техники, которая бы рассматривалась в качестве единственно надежной. Доступные методы закрытия требуют обучения и опыта хирурга (Г.З.Пискунов 2013, А.С.Лопатин, 1994). В связи с этим формируется необходимость владения несколькими хирургическими техниками и навыками их применения.

Цель работы – оценить возможность обучения закрытию перфораций носовой перегородки на голове барана.

Материалы и методы. Исследование выполнено в симуляционной лаборатории кафедры оториноларингологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ. В качестве симулятора использовали носовую перегородку головы барана, которая, так же как и у человека, состоит из хряща, надхрящницы и слизистой оболочки. Голову барана фиксировали в специальном устройстве, позволяющем ротировать ее в положение удобное для хирургических манипуляций. Перфорацию формировали посредством скальпеля №11, вырезая отверстие в перегородке диаметром от 5мм до 15мм. Для закрытия перфорации применялись три методики: 1. двустороннее сшивание лоскутов слизистой оболочки после предварительных послабляющих разрезов; 2. Перекрестные лоскуты по R. Mladina; 3. Формирование питающей ножки по P. Castelnuovo. Используемые методики различаются по способу ротации лоскутов и технике наложения швов. Для отработки каждой методики было использовано по пять голов барана. Работу выполняли под визуальным контролем с использованием налобного осветителя, а так же с применением микроскопа и эндоскопов с оптикой 0° и 30°. Все этапы работы фиксировались при помощи эндоскопической фотосъемки.

Результаты. В результате исследования было установлено, что тактильные ощущения при проведении разреза, отслойке слизистой оболочки, ротации лоскутов, наложении швов наиболее соответствуют таковым при операциях на перегородке носа человека. Большая поверхность перегородки носа головы барана позволяет научиться моделировать размеры лоскутов слизистой оболочки относительно размеров перфорации. Применение оптических систем, таких как микроскоп и эндоскоп, дает возможность прецизионно выполнять разрезы и наложение швов в различных отделах перегородки.

Выводы. 1. Перегородка носа головы барана является оптимальным объектом для освоения методов закрытия ППН. 2. Использование данного объекта в качестве симулятора дает возможность хирургу понять замысел авторов методик и превратить их в навык.

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Богданов В.В.*, Кадыров Р.М.**, Калинкин В.П.***
* ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Крым, РФ.
**ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», Симферополь, Крым, РФ.
*** ГБУЗ «Симферопольская клиническая больница», Симферополь, Крым, РФ.

Синдром обструктивного апноэ сна (**СОАС**) – одно из самых распространённых нарушений сна. Это заболевание включает в себя ночной храп, периодическое спадение верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращение легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных попытках, снижение уровня кислорода крови, грубую фрагментацию сна и избыточную дневной сонливость.

Причиной данной патологии могут быть как анатомические нарушения, так и функциональные факторы, приводящие к уменьшению её просвета и снижению тонуса каркасных мышц. К анатомическим нарушениям относят: гипертрофию миндалин, врожденную узость носовых ходов и/или глотки, искривление носовой перегородки, полипы носа, удлиненный небный язычок, микро- и ретрогнатия, ожирение. Функциональные факторы, снижающие тонус мышц глотки: сон, дефицит сна и усталость, прием алкоголя, прием снотворных препаратов, курение, гипотиреоз, менопауза у женщин, старение. В большинстве случаев сочетание нескольких факторов имеет роль в развитии СОАС и являются взаимоусугубляющими.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Пациент А., 22 года, студент IV курса стоматологического факультета Медицинской академии обратился в феврале 2017 с жалобами на одышку в покое, общее недомогание, выраженную дневную сонливость, грубое нарушение сна в виде постоянной непреодолимой сонливости и быстром пробуждении после засыпания с чувством удушья. Расстройства сна в некоторой степени пациенту удавалось купировать в/м введением дексаметазона.

При сборе анамнеза заболевания установлено, что храпение во сне отмечает в течение последних нескольких лет. В октябре 2016 заболел ангиной, после чего со слов родственников появились периодические остановки дыхания во сне. Прошел курс лечения с временным эффектом, после чего до настоящего времени было 5 эпизодов ангины. Состояние постепенно ухудшилось с последние 2 недели. С октября 2016 г. неоднократно обращался за помощью к врачам различного профиля (в том числе и к отоларингологам). Назначенное лечение эффекта не дало.

Анамнез жизни: наследственность отягощена – у обоих родителей тонзилэктомия в детстве, у сестры – гипертиреоз, аллергоанамнез спокоен, вредных привычек нет, операции – аденотомия в детстве, установленные диагнозы: хронический тонзиллит (ангина 2 раза в год последние 5 лет), ожирение III степени (вес начал набирать с 4 лет).

На момент осмотра пациент в сознании, адекватен, отмечается смешанная одышка при легкой физической нагрузке, выраженная сонливость – засыпает сидя при ожидании осмотра. Гиперстенического телосложения, вес – 135 кг, рост 175 см, ИМТ – 44 кг/м^2, АД – 130/80 мм. рт. ст, пульс – 90 в минуту. Локальный статус: носовое дыхание затруднено, слизистая носа розовая, отделяемого нет, открывание рта свободное, небные миндалины гипертрофированы IV-V степени, глотка симметрична. Установлен предварительный диагноз: Хронический декомпенсированный тонзиллит. Гипертрофия небных миндалин IV-V степени. Ожирение III степени. Синдром обструктивного апноэ сна. С целью уточнения степени тяжести и характера апноэ назначено проведение полисомнографии (ПСГ) по протоколу Split-night с подбором CPAP-терапии: за 3,5 часа сна зарегистрировано 306 эпизодов дыхательных нарушений, из них 115 эпизодов обструктивного апноэ с максимальной продолжительностью до 62 секунд, 187 эпизодов гипопноэ с максимальной продолжительностью до 92 секунд. Средние показатели насыщения крови кислородом в течение исследования в пределах нормы –

92,5 %. Минимальная сатурация достигала критических значений – 46 %. Данные гипнограммы характеризовались нарушением цикличности сна, с частыми макро- и микропробуждениями на фоне респираторных событий, с увеличением представленности поверхностных стадий сна, отсутствием 3-4 стадии фазы медленного сна (ФМС) и фазы быстрого сна (ФБС), с сохранённым индексом эффективности сна. Эпилептиформной активности не зарегистрировано. Таким образом впервые выявлен синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна тяжёлой степени с индексом апноэ/гипопноэ – 80,7 в час (в норме до 5 в час). Во время второй части исследования были подобраны параметры для CPAP-терапии: с автоматическим регулированием воздушного потока в пределах 16-20 см водного столба, режим SoftPAP – 2, с увлажнителем воздуха – 3, плавный старт отключен, с использованием носоротовой маски размером «М». На фоне подобранного режима CPAP-терапии отмечалось углубление сна, эпизоды апноэ/гипопноэ сна были редкими (общий индекс апноэ/гипопноэ сна составил 4,5/час), минимальный уровень сатурации составил 89%, храп был редким и незначительной интенсивности (занимал 2 % сна).

Учитывая тяжесть состоянию пациенту рекомендована ежедневная CPAP-терапия с установленными параметрами, обследование для проведения тонзилэктомии в ближайшее время. Через 3 дня пациент обратился вновь с жалобами ухудшение состояния, усугубление одышки, умеренные боли в горле слева, субфебрильную температуру. При осмотре: открывание рта умеренно ограничено за счет тризма жевательных мышц, слизистая глотки гиперемирована, небные миндалины в верхних 2/3 смыкаются за счет увеличения левой миндалины, глотка асимметрична за счет инфильтрации паратонзиллярного пространства слева. При пункции паратонзиллярного пространства слева получен гной. Установлен диагноз: Паратонзиллярный абсцесс слева. Пациент госпитализарован. Произведено вскрытие абсцесса, что дало некоторое улучшение дыхания за счет увеличения просвета глотки. После дообследования пациенту произведена двусторонняя тонзиллэктомия под местной анестезией. В ходе операции осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде пациент 1 сутки находился под наблюдением реаниматолога, кроме стандартного лечения продолжена CPAP-терапия. Через 5 дней пациент выписан для амбулаторного долечивания, с рекомендациями о продолжении ежедневной CPAP-терапии в домашних условиях.

При контрольном осмотре в клинике через 2 недели после операции миндаликовые ниши сформированы правильно, свободные, просвет глотки значительно расширился. Пациенту проведена контрольная мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия без применения CPAP-терапии, которая показала индеек десатурации 2,5 в час (норма менее 5 в час), что соответствует норме. Пациенту рекомендовано продолжить лечение у эндокринолога по поводу ожирения.

Приведенное клиническое наблюдение позволяет сделать важные выводы о том, что наличие комбинации различных этиологических факторов СНА (ожирение, хронический тонзиллит, латентно протекающий паратонзиллит, как в данном случае) может вызывать «резонанс», что значительно ухудшает состояние пациента. Информированность медработников о СОАС, его причинах, способах диагностики и лечения позволяет своевременно проводить адекватные диагностические и лечебные мероприятия.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ

Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Целикова А.О.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Донецкая Народная Республика

Внедрение эндоскопической техники и развитие содружества оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов сделало возможной одновременную санацию верхнечелюстной пазухи и зубов у пациентов с одонтогенными гайморитами.

Целью исследования являлась разработка системы оказания хирургической помощи больным одонтогенными гайморитами на современном этапе.

Материалы и методы. Нами в Донецком ринологическом центре в 2011-2017 гг. наблюдалось 297 больных с неосложненными формами одонтогенного гайморита в возрасте от 24 до 62 лет. Мужчин было 146 (49,2%), женщин – 151 (50,8%). Диагноз устанавливали после анализа жалоб и анамнеза, осмотра ЛОР-органов, эндориноскопии, конусно-лучевой компьютерной томографии, общеклинического обследования и консультации челюстно-лицевого хирурга.

Лечение пациентов проводили в несколько этапов:

1) начинали с проведения консервативных ероприятий направленных на санацию поражённого синуса, стремились добиться восстановления дренирования и аэрации пазухи. Синус непременно дренировали и промывали растворами антисептиков 2 раза в сутки. Внутрь назначали антибиотики и антигистаминные препараты, в полость носа – декогенсанты в спрее, носовой душ, препаратыстимулирующие мукоцилиарный транспорт, увлажняющие средства и топические антибактериальные препараты.

2) вторым этапом всем больным выполняли переднюю этмоидотомию и остиопластику верхнечелюстной пазухи, а затем при необходимости – оперативные вмешательства, направленные на коррекцию внутриносовых структур. Данный этап выполняли под интубационным наркозом.

3) третий этап включал в себя оперативные вмешательства в полости рта. Операции начинали с экстракции «причинного» зуба, если он не был удален ранее. В случае образования ороантральной фистулы выкраивали слизисто-надкостничный лоскут со щеки и санировали пазуху через фистулу (Д.С. Боенко и соавт., патент на полезную модель № 60802 от 25.06 2011). При необходимости с помощью троакара Д.С. Боенко (2000) выполняли микрогайморотомию. Во время операции особое внимание уделяли альвеолярному отростку и зоне естественного соустья. При наличии полипов, кист, инородных тел (костных отломков, корней зубов, пломбировочного материала) производили их удаление щипцами Блексли. Операцию оканчивали пластикой дефекта в области лунки удаленного зуба, используя мембраны из тромбоцитарного геля (Н.А. Гладкова и соавт., патент на полезную модель № 47506 от 10.02. 2010 г.). Рану ушивали наглухо. С целью профилактики осложнений в послеоперационном периоде использовали зубодесневые капы, разработанные по нашей методике (С.Б. Алексеев, патент на полезную модель № 47505 от 10.02.2010 г.), изготовляемые с помощью термоформовочной машины STARMachine и пластин Bioplast фирмы ScheuGmb. Под капу в область лоскута укладывали дентальную пасту «Солкосерил». Капу удаляли на 3-4 сутки. В качестве критериев оценки результатов лечения больных использовались клинические и функциональные показатели: наличие выделений из носа после операции, затруднение носового дыхания, нарушения обоняния, головные боли, нарушения чувствительности кожи лица и слизистой оболочки преддверия полости рта.

Полученные результаты и их обсуждение. Результаты хирургического лечения больных по всем критериям были удовлетворительными. Так, к концу первой недели после операции у пациентов затруднение носового дыхания, нарушения обоняния и

головные боли не отмечались. Нарушение чувствительности слизистой оболочки преддверия рта наблюдалось у 5-ти (1,7%) пациентов, сроки пребывания в стационаре составляли 5-6 суток. Кроме того, рецидивов заболевания у больных не отмечено. Лунка зуба после его экстракции заживала первичным натяжением без дефекта кости альвеолярной дуги, что особо важно при необходимости дальнейшего протезирования либо дентальной имплантации.

Выводы. Очередность действий при оказании хирургической помощи больным одонтогенным гайморитом имеет принципиальное значение. Развитие содружества оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга позволяет одномоментно оказывать хирургическую помощь пациентам с одонтогенным гайморитом.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ НОСА.

Крюков А.И.[1,2], Царапкин Г.Ю.[1], Кучеров А.Г.[1,2], Гунина М.В.[1], Какорин А.С.[1]
[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский Клинический Институт Оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы
(директор – Заслуженный деятель науки РФ, проф., д.м.н. А.И. Крюков)
[2]Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Среди оториноларингологической патологии носовые кровотечения занимают важное место в структуре заболеваний лор-органов и являются частой причиной госпитализации больных либо в терапевтические, либо в специализированные лор-стационары. По данным отечественных авторов, частота этой патологии среди госпитализированных больных составляет от 4 до 14%.

«Первым звеном» в лечении больных с носовым кровотечением (НК) в России является бригада скорой медицинской помощи (СМП). От вида проведенных манипуляций по оказанию экстренной помощи во многом зависит дальнейшее течение данного заболевания и последующая тактика лечения в ЛОР-стационаре. На наш взгляд, совместная работа оториноларингологов и врачей СМП по разработке современных методов экстренной помощи пациентам с НК позволит повысить эффективность лечения данного контингента больных.

Цель: на основании ретроспективного анализа статистического материала изучить обращаемость больных с НК в СМП и характер оказания медицинской помощи и провести ретроспективный анализ медицинской документации больных с НК, обратившихся (доставленных по СМП) в многопрофильные стационары Москвы и определить характер оказания экстренной ЛОР-помощи и времени госпитализации.

Результаты: по данным анализа количества пациентов с носовыми кровотечениями, обратившихся и госпитализированных в ЛОР-отделения трех многопрофильных стационаров города Москвы за 2014 год, большая часть из них были доставлены по СМП (76,6-93,7%), большинству пациентов на догоспитальном этапе проводилась передняя тампонада носа, однако далеко не всегда она была состоятельна, что требовало выполнение повторной тампонады полости носа. Средний возраст госпитализированных составил от 55 до 59,5 лет, по соотношению мужчины/женщины значительных преобладаний не отмечено. Средний койко-день пребывания в стационаре с НК составил от 4,9 до 7 дней, имелись превышения сроков госпитализации по МЭС от 2,1% до 7,6%. Среди сопутствующей патологии достаточно часто выявлялась гипертоническая болезнь или артериальная гипертензия (53-88%), травмы носа, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, также встречались носовые кровотечения на фоне передозировки антикоагулянтов и заболеваний крови, приводивших к коагулопатиям. В случаях с тяжелой кровопотерей и/или с выраженным нарушением свертываемости крови пациентам по показаниям проводились переливания компонентов крови. В единичном случае (ГКБ им. Ф.И.Иноземцева) произведена односторонняя перевязка наружной сонной артерии для остановки носового кровотечения.

Выводы. Исходя из полученных данных, проблема качественной остановки носовых кровотечений остается актуальной, особенно на догоспитальном этапе, что приводит к сохраняющемуся стабильному количеству больных, нуждающихся в стационарном лечении, причем не только направленном на устранение причины кровотечения, но и для купирования рецидивов кровотечения после удаления тампонов и при некорректной их первоначальной установке.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИЕЙ ХОАН. ОПЫТ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.

Верезгов В.А., Павлов П.В., Бреусенко Д.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Атрезия хоан в среднем встречается в 1 случае на 8000 новорожденных (2% - 16% от всех врожденных пороков развития). Атрезия может быть двусторонней и односторонней (2:1). Чаще встречается костное заращение просвета хоан, реже мембранозное, а так же смешанное. Основополагающим фактором развития врожденной атрезии хоан является не расхождение носонебной мембраны, появляющейся к 6-8 неделе гестации. Основными методами диагностики являются КТ, МРТ, эндоскопия полости носа, ретрофарингоскопия. Также вместе с атрезией хоан может встречаться ряд сопутствующей патологии - CHARGE–синдром, челюстно-лицевые аномалии развития и т.д.

До настоящего времени врожденная двусторонняя атрезия хоан считается угрожающим жизни состоянием новорожденного. Большинство авторов высказываются за более раннее хирургическое вмешательство, для восстановления носового дыхания. Это сроки от первых дней до первых недель жизни. В некоторых случаях при наличии тяжелой сопутствующей патологии показано наложение трахеостомы, однако данную операцию необходимо попытаться избежать, чтобы не столкнуться с различными ларинготрахеальными осложнениями

Встречаются единичные сообщения, где авторы предлагают тренировать новорожденных дышать через полость рта. Такая тактика позволяет избежать эндотрахеальную интубацию, а так же наложение трахеостомы. Лечение хирургическое. Методом выбора считается эндоскопическое трансназальное вмешательство с установкой моделированных из интубационных трубок стентов в полость носа. Так же эндоскопический подход сочетается с применением назальной дрели, шейверной системы, различных типов лазера и коагуляции. В то время, как собственный опыт указывает на невозможность применения нескольких риноинструментов в условиях узких носовых ходов у новорожденного и у детей в раннем детском возрасте. Отмечается некоторая тенденция в пропагандировании ведения послеоперационного периода без постановки эндопротекторов (стентов).

Срочность хирургического восстановления носового дыхания у новорожденного обусловлена невозможностью одновременно дышать и вскармливаться. Между тем никто не поднимает вопроса о тренировке дыхания через полость рта, и зондовом кормлении на данном этапе. Так же раннее вмешательство предопределено развитием хронической патологии ОНП, полости носа, нарушением формирования лицевого скелета, что не достаточно подтверждено.

Актуальность. В настоящее время нет единого алгоритма в диагностике врожденной атрезии хоан. Отсутствие единой тактики ведения пациентов с атрезией хоан в неонатальном периоде, неопределенность сроков реконструктивного вмешательства в области хоан, а так же отсутствие единого мнения по выбору хирургического метода делают актуальным вопрос лечения врожденной атрезии хоан. Также актуальность определяется недостатком данных по оценке развития различных анатомических областей лицевого скелета и внутриносовых структур у детей с врожденной двусторонней атрезией хоан в возрастном аспекте, при отсутствии хирургического вмешательства по устранению атрезии.

Цель исследования. Оценить послеоперационный период у данных пациентов без постановки стентов. Применить баллонную дилатацию при хоанопластике. Дать оценку развития внутриносовых структур у детей, не подвергшихся оперативному лечению. Определить наиболее подходящий возраст для хирургического вмешательства.

Материалы и методы исследования. За период с 2012 по 2017 год в клинике отоларингологии СПБ ГПМУ было пролечено 8 пациентов с врожденной атрезией хоан. Из них 5 мальчиков, 3 девочки. 6 пациентов имели одностороннюю атрезию хоаны, у 2 пациентов имелась двусторонняя атрезия хоан. Возраст варьировал от 3 до 14 лет. В 5 случаях наблюдалась полная костно-мембранозная атрезия, в 2 случаях - полная мембранозная атрезия, в 1 случае полная костная атрезия. Всем пациентам выполнялась компьютерная томография околоносовых пазух и носоглотки, производилось эндоскопическое исследование полости носа. При наличии сопутствующей патологии - пациенты были консультированы профильными специалистами. Операции проводились через эндоназальный доступ под эндоскопическим контролем, с применением риноинструментов, контактного лазера, шейверной системы. У четырех пациентов была выполнена частичная резекция сошника. В одном случае хоанопластика выполнена одновременно с аденотомией. В двух случаях (при односторонней мембранозной и двусторонней мембранозной атрезиях) нами была применена баллонная дилатация. Что, соответственно, позволило сократить время операции, и получить более ровные края сформированной хоаны, а так же уменьшить интраоперационную раневую поверхность.

Один пациент с врожденной двусторонней атрезией хоан наблюдался с рождения, успешно прооперирован в 4 года. У данного пациента отмечалось удовлетворительное развитие околоносовых пазух, отсутствовали признаки хронической патологии околоносовых пазух и среднего уха.

За период с 2014 по 2017 года в перинатальном центре СПб ГПМУ двусторонняя атрезия хоан выявлена у 4-х новорожденных. Все дети были успешно адаптированы к питанию и дыханию через полость рта, что позволило отложить хирургическое вмешательство до более старшего возраста.

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

Выводы. 1) Данная серия клинических наблюдений показывает возможность получения состоятельного просвета хоан без постановки эндоназальных стентов в послеоперационном периоде. Что так же способствует исключению осложнений, связанных с ними. 2) Применение баллонной дилатации при хоанопластике показало себя, как менее инвазивный, более быстрый хирургический метод восстановления просвета хоан. 3)Учитывая собственный опыт можно сказать об отсутствии экстренной необходимости оперировать двустороннюю атрезию хоан в раннем детском возрасте. Все новорожденные способны адаптироваться к дыханию через полость рта и кормиться через зонд, за исключением детей с тяжелой врожденной сопутствующей патологией. В таких случаях на наш взгляд в первую очередь необходимо обеспечить витальные функции организма. Восстановление просвета хоан благоприятнее всего проводить, когда возраст ребенка и размеры полости носа позволят выполнить наиболее тщательное вмешательство с применением эндоскопа, лазера, долот, фрез. Этот возраст может колебаться от 1.5-2 до 3-5 лет. Но, несмотря на данный вывод, сохраняется стремление как можно раннего восстановления функции хоан.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО СРЕДИННЫХ МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ В ПОЛОСТЬ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ И ГЛАЗНИЦУ

Гольбин Д.А., Черекаев В.А., Паршунина А.М., Капитанов Д.Н., Ласунин Н.В., Козлов А.В.
Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Работа посвящена анализу результатов лечения срединных менингиом передних отделов основания черепа с экстракраниальным распространением в полость носа, околоносовые пазухи и глазницу. По данным литературы, экстракраниальное распространение первичных интракраниальных менингиом наблюдается значительно чаще, чем первично экстракраниальные менингиомы (не менее 15% срединных менингиом передних отделов основания черепа распространяются экстракраниально). Целью данной работы было создание топографической классификации срединных менингиом передних отделов основания черепа с интра-экстракраниальным распространением, анализ результатов хирургического лечения и разработка алгоритма определения хирургической тактики.

Материал и методы. 103 пациента (соотношение женщин и мужчин = 2.4:1) в возрасте от 8 до 78 (медиана – 50) с доброкачественными первичными срединными менингиомами передних отделов основания черепа с интра-экстракраниальным распространением были оперированы в ФГАУ “ННПЦН им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России (Москва) с 2001 по 2016 гг. Опухоли были классифицированы по принципу протяженности поражения основания черепа и преимущественного направления роста (интракраниального, экстракраниального или интра-экстракраниального).

Результаты. Наличие гиперостоза являлось признаком интракраниального и интра-экстракраниального происхождения опухолей (чувствительность 90%, специфичность 58%, точность 74%). Из 103 пациентов 102 были оперированы. Удаление тип 1-2 по Симпсону было достигнуто в 58.9% операций, в остальных 41.1% было выполнено удаление тип 3-5 по Симпсону. Послеоперационные осложнения наблюдались у 18 пациентов (17.6%), всего было 4 летальных исхода, связанных с заболеванием или лечением. Катамнез был доступен у 52 пациентов, 30 из них прошли лучевое лечение. Неудовлетворительный результат комбинированного лечения был отмечен в 1 наблюдении. Отсутствие рецидивов или контроль роста опухоли были достигнуты у 43 пациентов, медиана катамнеза составила 33 месяца. Статистически достоверной связи осложнений с выбором доступа, объемом резекции опухоли или типом удаления по Симпсону выявлено не было.

Заключение. Первичные срединные менингиомы передних отделов основания черепа с исходным интра-экстракраниальным распространением были выявлены у 26 пациентов, это новый, ранее не описанный, тип менингиом. Предложенная классификация может быть рекомендована для выбора хирургического доступа с учетом планируемого радикального или нерадикального удаления. При неполном удалении целесообразно проводить адъювантную лучевую терапию.

ТЕНДЕНЦИЯ РАЗВИТИЯ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Торопова Л.А.*, Каширцева И.А.**, Каленский В.А.**, Малыхин Д.Д.*
* ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, РФ
** КГБУЗ «Краевая межрайонная детская больница №4». Красноярск, РФ

Введение. При современных методах лечения синуситов проблема орбитальных риносинусогенных осложнений (ОРО) и в настоящее время остается актуальной.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни детей с орбитальными риносинусогенными осложнениями в возрасте с 1года до 16 лет, проходивших лечение в отоларингологическом отделении гнойной хирургии Краевой межрайонной детской больницы №4 (КГБУЗ КМДБ № 4) г. Красноярска за 2006-2011, 2012-2014,2015-2016 годы.

Результаты. Установлено, что ОРО в 2006-2011 наиболее часто были у детей в возрасте 11-15 лет, в 2012-2014 годах и 2015-2016 годах –у детей 3-7 лет. Независимо от года прохождения лечения, ОРО у мальчиков наблюдались чаще, чем у девочек. Орбитальные риносинусогенные осложнения у детей в 2015-2016 г.г. наблюдались только при острых воспалениях околоносовых пазух. В 2006-2014 ОРО почти в 2 раза чаще возникали при острых воспалениях околоносовых пазух чем при хронических (82% и 47% соответственно). Причиной ОРО у детей младшего возраста чаще являлось воспаление решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазух, тогда как у детей старшего возраста причиной развития ОРО в равной степени приходилось на сочетание воспаления решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазухи и воспаления лобных пазух с поражением других околоносовых пазух. В структуре негнойных ОРО во все годы наблюдения 1 место занимал реактивный отек век, 2 место – реактивный отёк клетчатки орбиты и 3 место - остеопериостит костной стенки орбиты. В структуре гнойных ОРО на 1 месте стоит абсцесс век (2 случая-6%) в 2015-2016 годах. В период 2006-2014 г.г. гнойные осложнения (субпериостальный абсцесс орбиты, флегмона орбиты и ретробульбарный абсцесс орбиты) составляли 32% и чаще встречались у детей при обострении хронического процесса в околоносовых пазухах у детей более старшего возраста. При возникновении клинических признаков ОРО в период с 2006-2014 г.г. в 76% случаев пациенты обращались вначале к окулисту и только 15% к оториноларингологу. После обсуждения проблемы с педиатрами, тенденция направления детей с ОРО изменилась и в 2015-2016 г. первично направлено к оториноларингологу 77,7% детей с данной патологией. Длительность острого гнойного синусита до возникновения клинических симптомов ОРО до обращения к врачу составляла 3-7 дней (2015-2016г.), ранее этот период был более 10 дней. При негнойных ОРО, как правило, проводилось консервативное лечение (общее и местное), при неэффективности проводимой терапии, выполняли оперативное вмешательство. При подозрении гнойного ОРО проводилось срочное хирургическое вмешательство на околоносовых пазухах и орбите при участии офтальмолога.

Выводы. Таким образом, ОРО наблюдались в 2015-2016г. г. максимально в возрастной группе от 3 до 7 лет, причиной развития ОРО в основном были острые заболевания околоносовых пазух. ОРО чаще наблюдались у мальчиков. ОРО чаще носили негнойный характер.

ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПО ДАННЫМ ЦИФРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (КЛКТ) У ПАЦИЕНТОВ С ДАКРИОСТЕНОЗАМИ.

Шавгулидзе М.А., Зубарева А.А., Белдовская Н.Ю., Карпищенко С.А.
ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ.

Введение. Патология слезоотводящих путей является актуальной проблемой в офтальмологии. Удельный ее вес в структуре заболеваемости органов зрения составляет от 5-12%. Данная патология часто сопряжена с нарушением анатомических структур полости носа. В настоящее время существует большой спектр нелучевых: цветная слезо-носовая проба, проба с промыванием, канальцевая или насосная и лучевых методов диагностики патологии слезоотведения слезоотводящих путей (СОП): аналоговая и цифровая дакриоцисторентгенография, компьютерная томография (КТ), мультиспиральная КТ, конусно-лучевая КТ (КЛКТ), дакриосцинтиграфия, а также магнитно-резонансная томография. При проведении стандартной рентгенографии, компьютерной и мультиспиральной компьютерной томографии СОП выполняется искусственное контрастирование слезных путей. Вводимые контрастные вещества, используемые в дакриологии, могут быть водо- и жирорастворимыми. Противопоказанием к проведению лучевой рентгенографии с введением контрастного вещества является острый дакриоцистит. Усовершенствование методов лучевой диагностики СОП и сопряженной с ней патологией полости носа и околоносовых пазух определяется необходимостью поиска оптимального метода рентгенологического исследования, отвечающего требованиям высокой информативности в отношении СОП и структур полости носа и околоносовых пазух при минимальной лучевой нагрузке. Предложен к рассмотрению лучевой метод: КЛКТ дакриоцистографии с одномоментным контрастированием СОП.

Цель исследования. Усовершенствовать методику КЛКТ с одновременным контрастированием СОП выполнив оценку структур полости носа и околоносовых пазух с разработкой алгоритма анализа результатов.

Материалы и методы. За период с января 2015 года по июнь 2017 года в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова было выполнено и проанализировано 74 КЛКТ пациентов с жалобами на слезотечение и подозрение на патологию СОП. Из них 12 мужчин и 62 женщины в возрасте от 19 до 84 лет (средний возраст 58 лет). Перед проведением томографии под инстилляционной анестезией 0,3% раствором инокаина в коньюнктивальный мешок на пораженной стороне, через нижний слезный каналец в СОП вводилось 0,3 мл контрастного вещества – ультравист. КЛКТ околоносовых пазух с одновременным контрастированием СОП (дакриоцистография) у пациентов с патологией слезоотведения, выполнялась на томографе Galileos Comfort (Sirona Dental Systems GmbH, Bensheim, Germany), программное обеспечение Galaxis. Эффективная доза 70 мкЗв, размер изотропного вокселя 0,15 мм, объём просмотрового окна – 15 см х 15 см х 15 см. Позиционирование пациента за аппаратом перед съёмкой проводилось по орбитомеатальной линии. Томограммы анализировались в режиме ”MPR/ рентгенологического исследования” в трех плоскостях: аксиальная, фронтальная и сагиттальная.

Результаты. При анализе выполненных КЛКТ томограмм пациентов было выявлено 4 варианта визуализации контраста в СОП:

1) на уровне слезных канальцев (11 пациентов – 14,9 %);
2) на уровне слезного мешка (32 пациента – 43,2 %);
3) на уровне носослезного канала (23 пациента – 31,1 %);
4) полная проходимость СОП (8 пациентов – 10,8 %).

Разработан алгоритм анализа томограмм, включающий качественную оценку с определением особенностей анатомии и патологических изменений со стороны полости носа и околоносовых пазух пациентов, а также их количественные характеристики: 45 пациентов - 68% имели патологию полости носа и околоносовых пазух.

1) Оценка расположения перегородки полости носа (девиации) – 18 пациентов (8,1%): S–образная девиация у пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 6 (33,3%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 1 (5,6%); С-образная девиация у пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 4 (22,2%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 1 (5,6%); гребень перегородки полости носа у пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 5 (27,7%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 0; Swell body у пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 1 (5,6%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 0.

2) Оценка состояния нижних носовых раковин 6 пациентов (13,3%): гипертрофия нижних носовых раковин у пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 4 (66,7%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 2 (33,3%).

3) Оценка структуры и положения средних носовых раковин 5 пациентов (11,1%): Concha bullosa у пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 4 (80%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 1 (20%).

4) Оценка состояния околоносовых пазух 16 пациентов (35,6%): комбинированная патология структур полости носа с патологией околоносовых пазух у пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП -6 (37,6%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 1 (6,2%); хронические синуситы пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 4 (25%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 2 (12,5%); острые синуситы пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 1 (6,2%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 0; синдром “ молчащего синуса” пациентов с нарушением прохождения контрастного вещества через СОП – 2 (12,5%), у пациентов без нарушения прохождения контрастного вещества через СОП – 0.

На основании полученных результатов была определена дальнейшая тактика ведения пациентов с нарушениями СОП: 57 (86,4%) пациентов были прооперированы, 9 пациентов (13,6%) направлены на консервативное лечение.

Выводы. 1) Усовершенствована комбинированная методика выполнения КЛКТ дакриоцистографии и алгоритм анализа полученных результатов. 2) Определена роль патологии полости носа и околоносовых пазух в развитии и выборе объёма лечения патологии СОП. 3) КЛКТ околоносовых пазух с одновременным контрастированием СОП является экономически выгодным, высокоинформативным методом лучевой диагностики с низкой лучевой нагрузкой и возможностью проведения серий повторных обследований пациентов с патологией СОП. 4) Диагностическая чувствительность составила 100%, специфичность – 85%.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К ФОРМИРОВАНИЮ ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Яременко А.И., Зубарева А.А., Лысенко А.В.
ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит (ХОВЧС) - воспалительное заболевание слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (ВЧП), вызванное одонтогенной инфекцией, является широко распространенным заболеванием. По разным данным ХОВЧС составляет от 10 до 40% от всех случаев хронического верхнечелюстного синусита. В последние годы возросла, по разным данным, до 41-77% частота перфоративных форм одонтогенных синуситов.

Цель исследования. На основании данных трехмерной компьютерной томографии челюстно-лицевой области изучить топографо-анатомические предпосылки к формированию одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита (ОПВС). Оценить степень и объем вовлечения в воспалительный процесс полости носа, верхнечелюстного синуса и других околоносовых пазух при ОПВС.

Материал и методы. Выполнен анализ данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) околоносовых пазух 47 больных, проходивших лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии и в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова по поводу ОПВС. В исследование были включены больные, у которых определялись клинические и рентгенологические признаки ороантрального сообщения (ОАС). Учитывался общий стоматологический статус больного, параметры костного дефекта в области ОАС - его размер, расположение, оптическая плотность в области костного дефекта и окружающих тканей. Проводилась комплексная оценка состояния носовых структур и объема поражения всех околоносовых пазух. Особое внимание уделялось анатомическим особенностям пораженной верхнечелюстной пазухи.

Результаты и обсуждение. В 54,3 % случаев ОПВС развился вследствие экстракции зуба, в подавляющем большинстве - первого моляра (60,9%). Размер костного дефекта в области ОАС составил от 1,5 до 20,2 мм. Толщина альвеолярного отростка в области дефекта: от 0,7 до 5,2 мм. Оптическая плотность в зоне дефекта в среднем составила 1252 единиц. У подавляющего большинства больных-95,7% дно альвеолярной бухты находится ниже дна носа. В 80,4% случаев естественное соустье на стороне поражения затенено за счет отека слизистой (60,4%) или за счет его расширения и заполнения патологической тканью (20%). Так же особое внимание уделялось длине крючковидного отростка и ширине просвета естественного соустья. Длина крючковидного отростка варьировалась от 3 до 15 мм (в среднем-9,6 мм), ширина просвета естественного соустья от 2,5 до 3,4 мм (в среднем-2,9 мм). Наличие concha bullosa было отмечено в 47,8 % случаев. У большинства больных было отмечено увеличение носовых раковин - 82,6%. воспалительные явления разной степени выраженности были отмечены в подавляющем большинстве случаев в других околоносовых пазухах.

Выводы. 1. На основании данных клинико-лучевого исследования выделены факторы риска возникновения ОАС. 2. Важное прогностическое значение в развитии перфоративного верхнечелюстного синусита имеет длина крючковидного отростка и ширина просвета естественного соустья. 3. Необходимо учитывать оптическую плотность костной ткани в зоне планируемого оперативного вмешательства. 4. Поражение верхнечелюстного синуса при ОПВС в подавляющем большинстве случаев не является изолированным.

КОРРЕЛЯЦИЯ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИИ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Кокорина В.Э., Березуцкий С.Н.
ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет МЗ РФ, Хабаровск, РФ

Введение. Проблема выраженной носовой обструкции в последние годы входит в область интересов врачей многих специальностей. Выраженный отек слизистой полости носа с хронической гипоксией приводит не только к местным изменениям и формированию патологии околоносовых пазух, но и к значительным психологическим и психосоматическим нарушениям, сопровождающихся травматизацией как на производстве, так и в быту. Выраженная корреляция хронической гипоксии, снижение внимания, обусловленных носовой обструкцией наблюдается с нарушением мелкой моторики кисти. Повышение травматизма у данной категории больных происходит во всех сферах его деятельности, как на производстве, так и в быту; вовлекаются как верхние, так и нижние конечности. Но наиболее подвержены травмам верхние конечности, а именно кисти, в особенности дистальные отделы пальцев. Причем основная часть случаев травматизма приходит на производство. Повышенная частота травматизма именно этого отдела у человека связана, прежде всего, с преобладающим вовлечением в работу именно кистей при выполнении различных манипуляций. Кроме того, в г. Хабаровске и хабаровском крае развита лесоперерабатывающая промышленность, перенасыщенная травмоопасными деревообрабатывающими станками. Работа на таких станках требует повышенной внимательности и собранности. Постоянные проблемы с носовым дыханием в условиях пыльного и, как правило, холодного или жаркого помещения приводят к нарушениям стабильного психологического состояния. Таким образом, пациенты рабочих специальности с патологией носового дыхания становятся группой риска по травматизации дистальных фаланг пальцев.

Цель исследования: установление степени корреляции между носовой обструкцией и уровнем травматичности дистальных фаланг пальцев у лиц рабочих специальностей.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 819 пациентов с травматическим повреждением дистальных фаланг пальцев. Все пациенты прошли комплексное оториноларингологическое обследования с эндоскопией полости носа для диагностики носовой обструкции. Проблемы с носовым дыханием были выявлены у 508 пациента (62%). Их них в 162 (31,9%) случаях причиной носовой обструкции стали анатомические аномалии полости носа, полипы полости носа - у 112 (22%) пациентов, у 9 (1,7%) человек – хроническое воспаление околоносовых пазух было связанно с наличием инородного тела в верхнечелюстной пазухе полости носа. У 175 (34,4%) пациентов был подтвержден диагноз аллергического ринита. У 50 человек на момент осмотра причина носовой обструкции на момент осмотра была не установлена. Для оценки психофизиологического состояния были использованы субъективные критерии (невербальные: цветовой тест Люшера, визуально-аналоговая шкала утомления АШУ; вербальные: тест САН – самочувствие, активность настроение). Личностная и реактивная тревожность определялась по методике Ч.Д. Спилберга - Ю.Л. Ханина (2002).

Результаты и обсуждение. Рефлюкс-индуцированная патология полости носа и ОНП у большинства пациентов сочеталась с многообразными формами психовегетативных нарушений, которые в свою очередь утяжеляют основное заболевания, тем самым замыкается порочный круг. Личностная тревожность характеризовала устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций, как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность у пациентов проявлялась напряжением, беспокойством и нервозностью. Подобные результаты, вероятно, можно

объяснить тем, что у пациентов показатель личностной и реактивной тревожности определялся не только патологией ЛОР - органов, но и калечащей травмой кисти, с нарушением ее функции и ограничением в будущем привычной трудовой и социальной активности. На базе травматологического отделения всем пациентам применялись схемы восстановления носового дыхания, включающие топические глюкокортикостероиды, ирригационную терапию, муколитическую и секретолитическую терапию. В плановом порядке выполнялись хирургические вмешательства для коррекции выявленных анатомических аномалий строения полости носа и околоносовых пазух. С целью коррекции психоэмоционального статуса была применена методика транскраниальной электростимуляции - ТЭС-терапия осуществлялась аппаратами «Трансаир» через лобные и парные ретромастоидальные титановые электроды. Длительность импульса - 3,5мс, средний ток 1,0-5,0мА, средний ток 1,0-2,0мА, продолжительность сеанса -30-45 мин., 15 сеансов в месяц по одному сеансу в день на протяжении трех месяцев. Электростимуляция осуществляется сочетанием постоянного и импульсного тока в отношении 1:2. После курса лечения с помощью психофизиологического тестирования выявлены достоверные положительные изменения самочувствия, настроения, повышение работоспособности и другие, характерные эндорфинергические поведенческие реакции. Под влиянием ТЭС-терапии все субъективные показатели психофизиологического статуса (ПФС) достоверно улучшились. Снижая утомление и улучшая другие показатели ПФС, ТЭС воздействует на единый комплекс субъективных переживаний, связанных с хроническим заболеванием ЛОР-органов и объективных сдвигов, регулирует психофизиологический гомеостаз.

Выводы. Таким образом, выраженная носовая обструкция может приводить к изменениям психоэмоционального статуса и к значительному снижению ежедневной активности, снижению внимания, и как следствие, к резкому повышению частоты травматизма дистальных фаланг пальцев.

ТРАНСМАКСИЛЛЯРНАЯ И ИНФРАМЕАТАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ СЛЕЗНОНОСОВОГО КАНАЛА ПРИ ЭПИФОРЕ

Константинов А.Е., Катаев М.Г.
ГКБ им Боткина, 19б нейрохирургическое отд., г. Москва, РФ
МНТК "Микрохирургии глаза" им. С.Н. Фёдорова, г. Москва, РФ

Целью работы является разработка эндоскопических способов хирургического лечения дакриостенозов (ДС) и дакриоциститов (ДЦС) с учетом топического уровня поражения слезных путей, направленных на восстановление естественного пассажа слезы (без наложения дакриоцисториностомы (ДЦРС) и достижение функционального физиологического результата. Для достижения указанного результата должна быть проведена дифференциальная диагностика уровня поражения слезных путей:

1. Стеноз нижней слезной точки.
2. Стенозы нижнего и верхнего слезных канальцев.
3. Стеноз общего слезного канальца в сочетании со стенозом клапана Розенмюллера.
4. Стенозы на уровне слезного мешка: рубцовые изменения, травматические повреждения, дивертикулы, дакриолиты.
5. Стеноз на уровне дистального участка слезного мешка - проксимального отрезка слезноносового канала (СНК) на уровне клапана Краузе: а) стеноз самого клапана или его блок дикриолитом, б) стеноз клапана Краузе в сочетании со стенозом проксимального отрезка костного канала.
6. Стенозы на протяжении слезноносового канала: гипоплазия, травматические и ятрогенные повреждения. Этот подпункт требует особого внимания: 90% двусторонних дакриоциститов имеют ятрогенное происхождение – следствие агрессивного использования методов FESS отоларингологами (особенно при использовании обратного выкусывателя), а также ЧЛХ и ЛОР при проведении реконструктивных операций и гайморотомии - неадекватный остеосинтез, грубое вскрытие клеток решетчатой кости с повреждением стенок СНК при выполнении гайморотомии и грубое наложение соустья в нижнем носовом ходе при выполнении радикальной операции по Калдвелл-Люку (‘Nasolacrimal Duct Obstruction, a Bilateral Disease?’ G.Missotten, Belgium, ESOPRS 2015, Brussels).
7. Стенозы дистального отдела СНК: а) патология клапана Гаснера и наличие мембранозной части слезного канала с явлениями стеноза в результате нарушения развития в раннем детском возрасте, б) патология клапанного аппарата в сочетании со стенозом костного отдела.

Материал и методы. Обследовано и пролечено 180 больных. На предоперационном этапе проводят топическую диагностику уровня поражения слезных путей: выполняют КТ околоносовых пазух и слезных путей; проводят зондирование и промывание слезных путей с одновременным эндоскопическим исследованием полости носа и выводного отверстия носослезного протока и определением характера передаточного рефлекса в зоне клапана Гаснера; в сомнительных случаях выполняется контрастная дакриоцистография. При блоке СНК в дистальном отделе СНК – при достаточном просвете костной части дистально отрезка СНК - стеноз может быть обусловлен гипертрофией клапана Гаснера, дакриолитом дистального отрезка, либо наличием мембранозной части СНК (вариант строения клапана Гаснера) со стенозом в указанном месте – проводится резекция клапана Гаснера, либо резекция стенки мембранозной части СНК с удалением дакриолита доступом под нижней носовой раковиной. При сочетании со стенозом костного отдела СНК проводится либо редрессация латеральной стенки дистального отрезка СНК доступом под нижней носовой раковиной, либо декомпрессия осуществляется трансмаксиллярным доступом. При блоке проксимального отрезка СНК на уровне клапана Краузе при нормальном строении

нижележащих отделов слезных путей проводится эндоскопическая трансмаксиллярная декомпрессия проксимального отрезка, либо расширение выводного отверстия ложа слезного мешка в задне-латеральном направлении наружным доступом при трансмаксиллярном эндоскопическом контроле.

Патология слезного мешка может быть устранена 3 способами: наружным доступом, особенно при разлитых флегмонах слезного мешка, эндоназальным доступом при выполнении дакриоцисториностомии (ДЦР), а также предлагаемым трансмаксиллярным доступом (трансмаксиллярная дакриоцистостомия - ТДЦС). При повреждениях СНК в среднем отделе выполняется трансмаксиллярная декомпрессия. Самые благоприятные по эффективности случаи - стенозы слезного канала травматического характера, когда отсутствуют врожденные анатомические аномалии. Проведение декомпрессии СНК в месте перелома трансмаксиллярным доступом или устранение ятрогенных факторов развития ДС (например, длинный винт, установленный в слезные пути при остеосинтезе) позволяет достичь высокого результата при небольшой инвазивности вмешательства. При осмотре костных стенок СНК с использованием трансмаксиллярного доступа следует определить возможные имеющиеся анатомические дефекты костных стенок канала: места переломов, наличие отломков в просвете канала и анатомические сужения. Переломы стенок СНК могут встречаться при переломах костей носа с переходом линии перелома на переднюю стенку верхнечелюстной пазухи и латеральную стенку полости носа, при переломах медиальной части нижнеорбитальной дуги, переломах края грушевидного отверстия на уровне или под нижней носовой раковиной с переходом на латеральную стенку полости носа в особенности при предлежании СНК вплотную к передней стенке, предшествующих операциях на верхнечелюстной пазухе. Нередко отмечается и сочетание нескольких факторов: блок дистального и проксимального отрезков СНК и клапанного аппарата. Нижняя дакриостомия и использование комбинированного трансмаксиллярного и трансназального эндоскопических доступов позволяют произвести коррекцию всех участков СНК и добиться естественного пассажа слезы. При наличии блока дистального и проксимального отрезков СНК, сужение просвета СНК на всем протяжении и его плотное прилежание к углу между передней и латеральной стенкой верхнечелюстной пазухи, утолщение костных стенок СНК в сочетании со стенозом нижней слезной точки и клапана Розенмюллера, можно говорить об общей гипоплазии слезных путей. В таких случаях целесообразно наложение страховочного анастомоза между слезным мешком и полость носа (ЭДЦРС). При наличии множественных дакриолитов в слезном мешке и СНК дакриолиты могут быть удалены как наружным доступом, так и комбинированным трансмаксиллярным и инфрамеатальным. Для предотвращения вторичных стенозов необходимо обеспечить достаточное всасывание слезы и высокое давление слезы в слезных путях. При сочетании патологии СНК со стенозами нижней слезной точки и слезного канальца – операция дополняется пластикой нижнего слезного канальца. При дополнительном стенозе клапана Розенмюллера проводится бужирование слезных путей.

Результаты: Для оценки результатов надо оценивать эффективность хирургического вмешательства в различных группах больных. При изолированных стенозах дистальных и средних отделов СНК эффективность приближается к 100%, при стенозах на нескольких уровнях, либо при общей гипоплазии слезных путей эффективность ниже. Использование трансмаксиллярной и инфрамеатальной декомпрессии СНК позволяет в большинстве случаев воздержаться от наложения дакриоцисториностомы. Указанные методы целесообразно использовать также и при проведении наружной ДЦС. На способ лечения получен патент на изобретение RU 2532014 2012 г.

ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ ПРИ ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОЦЕЛЕ.

Мельников М.Н.
ООО ЦПМ «Центр персонализированной медицины», г. Новосибирск, РФ

Введение. Менингоэнцефалоцеле (МЭЦ) – это редкое заболевание. Его инцидентность варьирует от 0.008% до 0.03% в различных частях мира, при этом распространенность базальным МЭЦ составляет 1 случай на 35000 новорожденных. Начало клинических проблем может случиться сразу после рождения, однако может проявиться спустя много лет. Трансназальная эндоскопическая хирургия является методом выбора в лечении МЭЦ. Однако стандартное применение клеевых композиций при ней доступно не во всех странах мира. Мы получили такую возможность только 3 года назад. Потому целью нашего исследования явилось сравнение результатов реконструкции дефектов основания черепа без применения фибрин-тромбинового клея и с его использованием.

Материал и методы. Изучены 20-летные результаты реконструкции дефектов основания черепа у 24 больных с врожденными МЭЦ решетчатой кости от микроскопических размеров до гигантских. Показаниями для операций явились назальная ликворея, обструкция носа и рецидивирующие менингиты. Сравнение результатов проводилось между 16 пациентами, оперированными без применения биологического клея и группой из 8 пациентов с использованием фибрин-тромбинового клея. В обеих группах использована многослойная реконструкция дефектов, но техника больных в первой группе отличалась специальными приёмами.

Результаты исследования показали, что у всех больных удалось достичь закрытия дефектов. Однако рецидив заболевания произошёл у двух больных (по одному в каждой группе), что потребовало проведение повторных операций. У больной из первой группы – через 7 лет, у больной из второй группы – через 3 недели. Причиной явилось повышенное внутричерепное давление, что привело к необходимости использования люмбального дренажа после повторных операций. В заключении необходимо отметить, что мы не обнаружили существенной разницы в результатах лечения, однако при использовании фибрин-тромбинового клея техника операций упрощалась.

ТРАНСПЛАНТАТЫ В РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ

Лопатин Д.Г., Теплов А.В.
Областной клинический госпиталь ветеранов войн, Кемерово, Россия.

История использования трансплантатов с целью коррекции функции и формы носа включает самые разнообразные материалы: золото, серебро (Rousset, 1828), парафин (Eckstein, 1904), слоновая кость (Maliniac, 1925), пробка (Zeno, 1931), мрамор (Zeno, 1939), акрил (Wolf, 1948) и т.д. Серьезными недостатками аллогенных трансплантатов, включая современные полимеры, является выраженная склонность к инфицированию и экструзии. Гомологичные хрящи в ринопластике также имеют ограниченное применение, так как часто подвергаются лизису и деформации. В связи с этим большинство ведущих западных специалистов в области риносептопластики не рекомендуют применять аллогенные трансплантаты, хотя в азиатских странах их применение все еще распространено достаточно широко.

По современным представлениям, основанным на принципах доказательной медицины, оптимальным материалом для трансплантации в риносептопластике является аутологочный хрящ. Наиболее доступным донором аутохряща является носовая перегородка. Ровные, прямые хрящевые трансплантаты, полученные из четырехугольного хряща, наиболее подходят в качестве расширяющих трансплантатов спинки носа и колумеллярной стропилки, использование которых является в настоящее время рутинной процедурой реконструкции хрящевого отдела носа и увеличения углов носового клапана. В случае отсутствия перегородочного хряща, вторым по частоте использования донором хряща является одна или обе ушные раковины. Оптимальным местом изъятия хряща является область Cavum conchae, что не приводит к деформации ушной раковины. Однако, следует учитывать, что в процессе заживления раковина, скорее всего, приблизится к черепу. Поэтому, если требуется забор небольшого количества хряща и достаточно хряща из одной донорской ушной раковины, следует выбрать более отстоящую.

Также, необходимо отметить, что естественные изгибы ушного хряща иногда могут быть выгодны в определенных областях хрящевого отдела носа, однако попытки выпрямления его при помощи щипцов или пресса приведут к его разрушению в силу принципиальных структурных отличий от хряща перегородки носа, который легко поддается выпрямлению и истончению. И все-таки оба ушных хряща из области Cavum conchae при сшивании их вогнутыми сторонами друг к другу достаточно хорошо распрямляются и могут служить в полной мере подходящим материалом для формирования L-трансплантата с целью реконструкции спинки носа и носовой перегородки. Третьим по частоте использования донором аутологичного хряща является 7 ребро.

К сожалению, процедура забора реберного хряща является отдельным, довольно серьезным вмешательством и сопряжено с рядом осложнений, самое опасное из которых – пневмоторакс. Этот недостаток компенсируется большим количеством получаемого материала, что особенно важно при ревизионных вмешательствах. Следует отметить, что реберные хрящи имеют склонность к деформации и скручиванию, поэтому необходимо формировать трансплантаты из центральной части хряща. Учитывая прочность реберного хряща, он прекрасно противодействует силам контракции при рубцевании в процессе заживления, но пациента следует предупредить о том, что после операции нос станет тверже на ощупь и мобильность его хрящевой части будет ограничена.

С целью коррекции небольших неровностей успешно применяется аутологичная височная фасция или широкая фасция бедра. Фасции могут быть использованы как самостоятельно, так и для формирования комбинированного DCF-трансплантата (diced cartilage in fascia) наиболее подходящего для увеличения проекции спинки носа и

коррекции седловидных деформаций. Западными специалистами (W.Gubisch et al., 2014) подчеркивается высокая результативность операций с применением гомологичной фасции, лишенной антигенных свойств Tutoplast производства компании Tutogen GmbH (Германия), что позволяет избегать дополнительных вмешательств с целью забора тканей. В нашей стране этот высокотехнологичный продукт пока не допущен к применению.

ТРИГГЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Афлитонов М. А. [**], Наумов С. Ю. [*], Артюшкин С. А. [**], Дмитриева Е.В. [*], Чистякова Ю. Н. [*]
[*]СПбГБУЗ ГБ№40, Санкт- Петербург, РФ
[**]ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт- Петербург, РФ

Актуальность: хронический полипозный риносинусит характеризуется наличием множества факторов, потенцирующих прогрессирование хронического воспаления в пределах синоназальной зоны. Изучение генеза данных триггерных точек активности для попыток контроля тяжести течения ХПР по прежнему актуально.
Цель: определить, связь наличия локальных триггеров воспаления с первичной или ревизионной операцией у пациентов с ХПР, определить связь наличия локальных триггеров воспаления с дегенерацией слизистой оболочки.
Материалы и методы: пациенты были разделены на две группы на основе наличия/отсутствия в анамнезе случая ФЭСХ. Первая группа n=37 (ФЭСХ выполнялась впервые), 2-я группа n=38 (ФЭСХ выполнялась более 1го раза). Гистологическое исследование образцов проводилось по стандартным методикам. Для оценки выраженности остеита и оценки его связи с дегенерацией слизистой оболочки ОНП использовались бальные шкалы оценки КТ ОНП по Lund-Mackay.
Результаты: Наличие остеита составило 86,6% у пациентов в группе ревизионной хирургии и 75,4,8% у пациентов в группе первичной хирургии ($p = 0,252$). Остеит был связан с эозинофилией тканей и преобладанием воспалительных клеток ($p = 0,01$, $p = 0,01$ соответственно). Получены статистически значимые различия между наличием остеита и дегенерацией слизистой оболочки ОНП ($p = 0,273$).
Выводы: Предшествующая ФЭСХ может быть основной причиной ремоделирования кости в синоназальной области. Эозинофилия и наличие остеита в синоназальной зоне достоверно связано с дегенерацией слизистой оболочки ОНП. Возможно наличие эозинофилии также служит фактором развития остеита синоназальной среды.

УДАЛЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛИЦА И ШЕИ. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Яременко А.И., Колегова Т.Е.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, РФ.

Актуальность. Минимально инвазивная хирургия в области головы и шеи активно развивается во всем мире. Большинство исследований в области шеи сосредоточено на проблемах эндоскопически ассоциированной и робот-ассоциированной тиреоидэктомии. Разработка и внедрение в клиническую практику методик малоивазивных эндоскопически ассоциированных оперативных вмешательств позволит значимо улучшить эстетические и функциональные результаты операций в эстетически значимых областях, таких как лицо и шея.

Цель исследования. Разработать и внедрить в клиническую практику методики рациональных эндоскопически ассоциированных доступов при выполнении оперативных вмешательств в области головы и шеи.

Задачи исследования. Разработка и топографо-анатомическое обоснование эндовидео-ассоциированных доступов к структурам и новообразованиям головы и шеи для их малоинвазивной диагностики и лечения. Провести сравнительный анализ травматичности удаления новообразований головы и шеи путем морфологического исследования препаратов. Провести сравнительный анализ эффективности и безопасности эндоскопически ассоциированных и открытых доступов для удаления новообразований головы и шеи.

Материалы и методы. Нами произведена диссекция 3 человеческих кадавров (по две стороны у каждого) с целью разработки эндоскопически ассоциированных доступов к верхней трети лица, верхней и средней трети шеи. Прооперировано 24 пациента со следующими нозологическими формами заболеваний: 7 - с диагнозом липома области лба; 3 - с диагнозом остеома области лба; 2- с диагнозом липома средней трети шеи; 9 - с диагнозом боковая киста шеи; 1- с диагнозом срединная киста шеи; 1 - с диагнозом аденома подчелюстной слюнной железы; 1 – с диагнозом шилоподъязычный синдром. Мы использовали эндоскопически ассоциированные доступы из области волосистой части головы и аксиллярные доступы.

Результаты. Эстетические и функциональные результаты не оставляют сомнений в целесообразности применения данной методики, необходимости разработки новых и совершенствования существующих подходов. Данный вид оперативного лечения нами планируется использовать, как основной для удаления новообразований головы и шеи, для диагностики отдельных видов злокачественных опухолей. На наш взгляд, аксиллярный эндоскопически ассоциированный доступ к структурам и образованиям верхней трети шеи вызывает сомнения.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФЛОТАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Диденко В.В.*, Диденко В.И.**

*Многопрофильная клиника «ЧУДО ДОКТОР», г. Москва, РФ.

**Кафедра оториноларингологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина.

Введение. Деформация перегородки носа (ДПН) является наиболее частой деформацией человеческого скелета, а ее хирургическая коррекция в настоящее время - самая распространенная операция в оториноларингологии. Несмотря на постоянное совершенствование и модификацию известных способов операций на перегородке носа (ПН), эндоскопическую септопластику, послеоперационная флотация перегородки носа (ПФПН), остается до конца нерешенной проблемой. Такая ситуация возникает, как правило, при сложных выраженных деформациях ПН, когда без резекции значительной части остова ПН не обойтись. В таких случаях, хирурги пытаются, как правило, завершить операцию пластикой резецированного хрящевого и костного остова различными пластическими материалами биологического и небиологического происхождения. Частый вопрос, который звучит, в том числе ежегодно на конференциях так, как же лучше оперировать ПН, сколько можно резецировать остова ПН, какой формы и т.д. Однако, чёткого ответа нет. В литературных источниках, мы не нашли данных о том, как часто, при каких способах операций на ПН и размерах резецированного остова возникает ее флотация, как влияет на нее локализация и форма резекции, акт вдоха или выдоха на клиническое проявлении последней.

Выяснение этих вопросов стало **целью нашего исследования**. Задачи исследования: 1. Определить размеры остова ПН и его составляющих. 2. Изучить частоту ПФПН, в зависимости от типа ДПН и способа ее резекции. 3. Определить зависимость возникновения ПФПН от размеров, локализации, и формы произведенной резекции ее остова, а также от акта вдоха и выдоха.

Материалы и методы. В нашей работе мы использовали классификацию деформаций ПН по R. Mladina (1987). У 286 больных с деформацией перегородки носа I – VII типов произведена хирургическая коррекция деформаций перегородки носа (ХКДПН) по трем классическим способам: Г. Киллиану (27,6 %), В.И. Воячеку (47,2 %), М. Коттле (25,2 %). При сложных посттравматических ДПН, как правило, это были деформации VII типа, выполнялась подслизистая резекция по Г. Киллиану и в меньшем количестве по В. Воячеку и М. Коттле. Наблюдение за больными в послеоперационном периоде, осуществлялись от недели до двух лет. Диагноз заболевания верифицировался на основе жалоб, анамнеза заболевания, риноскопии, риноманометрии, эндоскопии с помощью жестких эндоскопов фирмы К. Шторц, КТ исследований. Площадь резецированного остова ПН, форма, локализация и протяженность резецированного участка измерялись при помощи специального планиметра и планиметрической линейки (рационализаторское предложение № 1678 от 24.06.2011г.). Площадь ПН и ее составляющих измерялась при помощи компьютерной томографии перегородки носа (КТПН) в сагиттальной проекции. (Патент Украины на полезную модель № 68385). С практической точки зрения, мы нашли целесообразным оценивать ФПН по трем степеням: I степень – отклонение ПН при дыхании в ту или иную сторону с сужением просвета общего носового хода на его треть; II степень - отклонение ПН при дыхании с сужением просвета общего носового хода на его половину; III степень – оперированная ПН соприкасается с боковой стенкой носа и/или закрывает просвет общего носового хода. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакетов прикладных программ «Microsoft Excel 2003» и «STATISTICA for Windows 6,0». При «нормальном» распределении полученные данные были представлены в виде среднего показателя и стандартной ошибки средней (M±m).

Результаты. После ХКДПН флотация возникла у 52 (18±2,26 %) оперированных. При операции по Г. Киллиану флотация наблюдалась в 38 (48,1±5,62 %) случаях, по В. Воячеку у 8 (5,9±2,03 %), по М. Коттле у 6 (8,3±3,26 %). Необходимо отметить, что это были больные с VII типом ДПН. Важным является и то, что при хирургической коррекции ДПН по В. Воячеку и М. Коттле, ни в одном случае не было послеоперационной флотации III ст., в то время, как после операции по Г. Киллиану она была определяющей ($p \leq 0,001$). При помощи данных полученных при КТПН: площадь ПН - 25,2±0,49 см^2, четырехугольного хряща-9,8±0,30 см^2, сошника-6,1±0,24 см^2, перпендикулярной пластинки решетчатой кости-9,3±0,32 см^2 и данных измерения резецированного остова ПН нами было вычислена минимальная площадь резекции, при которой возникает флотация. Так, при резекции в 5,5±0,17 см^2, что соответствует 21,82 % от общей площади ПН начинала появляться флотация I ст., при площади в 7,5±0,14 см^2, что соответствует 29,76 % от общей площади ПН - II ст., а при резекции остова площадью в 9,5±0,20 см^2, что соответствует 37,70 % от общей площади ПН - III ст. Соответственно при резекции до 5,5±0,17 см^2 (21,82 %) флотации не было, а при резекции больше 9,5±0,20 см^2 (37,70 %) - флотация была всегда III ст. с максимальными проявлениями. ПФПН возникает при площади резекции остова 5,5 ± 0,17 (21,82 %) см^2 округлой формы с локализацией в области четырехугольного хряща и перпендикулярной пластинки на уровне переднего конца средней носовой раковины и проявляется только на вдохе. Это обусловлено по-видимому тем, что поток вдыхаемого воздуха после прохождения предверного клапана подымается вверх и на уровне переднего конца средней носовой раковины делится на две части; оказывая при этом максимальное давление на окружающие ткани. Более резистентным местом для возникновения флотации является четырехугольный хрящ, затем нижний отдел перпендикулярной пластинки с четырехугольным хрящом и сошником. В тоже время при форме резекции, приближенной к прямоугольнику, той же локализации, флотация ПН проявляется при площади резекции остова ПН в 7,5±0,14 см^2 (29,76 %). При прямоугольной форме резекции остова ПН в области премаксилы, сошника и гребня небной кости, флотация ПН I ст. возникает при площади резекции в 9,5± 0,20 см^2 (37,70 %) на выдохе. ПФПН при резекции ее остова площадью более 9,5±0,20 см^2 (37,70 %) возникает всегда, не зависимо от ее локализации и формы, наблюдается как при вдохе, так и выдохе.

Выводы. 1. Получены данные о размере остова ПН и его составляющих, благодаря чему вычислена минимальная площадь резекции его, при которой возникает флотация. 2. Доказана четкая зависимость возникновения ПФПН от площади резекции остова, ее локализации и формы. Которая в свою очередь зависит от типа деформации перегородки носа и способа ее коррекции.

ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУР НАРУЖНОГО НОСА У ДЕТЕЙ СО СРЕДИННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА

Лопатин А.В.***, Ясонов С.А.**, Васильев И.Г.*, Зябкин И.В.*
*ФГБУ Российская детская клиническая больница МЗ РФ, Москва, РФ
**ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва, РФ
***ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, РФ

Введение. Черепно-лицевые расщелины представляют собой широкий спектр пороков развития, поражающих лицо и череп в самых разных формах. Низкая частота большинства из них (1-5:100000 живых новорожденных) сделала исследование, статистику и классификацию сложными и неопределенными на протяжении многих и многих лет. Расщелины в черепно-лицевой области варьируют от наиболее широко распространенной расщелиной губы и неба до обширных черепно-лицевых дизрафий. Лицевые расщелины представляют собой наиболее сложный порок развития, так как они никогда не бывают одинаковыми. Хирург, занимающийся лечением этой группы детей, должен иметь солидный опыт в лечении черепно-лицевых аномалий. Несмотря на все это, хирургическое вмешательство направленное на получение хорошего функционального и эстетического при расщелина лица является одной из самых полезных операций.

По классификации П. Тессье расщелины лица включает срединную линию лица и черепа. Она может проявляться как истинной, так и ложной срединной расщелиной, с или без связанного с ней гипертелоризма. Такой тип расщелины лица является наиболее распространенной формой черепно-лицевых дизостозов.

Целью этого исследования было рассмотрение функциональных и эстетических результатов различных хирургических методик, применяемых для их лечения. А поскольку основным элементом в эстетическом восприятии лица является нос, мы сосредоточили внимание на результатах формирования структур наружного носа.

Пациенты и методы. Мы провели ретроспективный анализ наших наблюдений, состоящей из 69 случаев срединных расщелин лица (N 0-14) в период между 2006 и 2016 годы. В нее вошли 31 мальчик и 38 девочек в возрасте от 5 месяцев до 17 лет. В 42 случаях у детей диагностирован орбитальный гипертелоризм, в 22 – передняя черепно-мозговая грыжа в сочетании с гипертелоризмом. Голопрозэнцефалия диагностирована в 5 случаях с ложной срединной расщелиной верхней губой и отсутствием предчелюстной кости, перегородки и колумеллы.

Диагностическая программа кроме рутинных методов клинического обследования, включала спиральную компьютерную томографию, изготовление стереолитографических моделей черепа, на которых проводилось планирование костной реконструкции.

Из наблюдавшихся нами 69 детей хирургическое лечение проведено 58. Поскольку эти состояния встречаются в клинической практике довольно редко и они очень разнородны по своим проявлениям, не удалось создать единого протокола хирургической коррекции срединных расщелин лица и в особенности структур наружного носа. Выделено два основных элемента хирургической коррекции: костная реконструкция и мягкотканная. Костная реконструкция включала в себя круговую резекцию орбит с целью устранения орбитального гипертелоризма, использование костных аутотрансплантатов для создания спинки носа. Объём мягкотканной реконструкции зависел от того имеются ли избытки кожи в зоне расщелины или ее нехватка. При недостаточном количестве использовались лоскуты со лба на питающей ножки. Для увеличения объёма мягких тканей использовался метод внтуритканевой дерматензии.

Результаты. В качестве критериев оценки эффективности проведенного хирургического лечения удовлетворенность самих пациентов или их родителей внешним видом пациента и носовая проходимость. Из 58 детей, которым проведено хирургическое лечение удовлетворительный и хороший функциональный и косметический результат достигнут у 46 (79,3%) пациентов. У 5 (8,6%) детей отмечалась та или иная степень носовой непроходимости, потребовавшая ревизии. В 7 (12%) случаях высказана неудовлетворенность полученным эстетическим результатом.

Заключение. Формирование наружных структур носа у детей со срединной расщелиной лица является необходимым элементом медико-социальной реабилитации этой группы пациентов. Это исследование, включающее 69 наблюдений расщелины лица N 0-14, представляет собой одно из самых больших по размеру выборки на сегодняшний день. Тем не менее, нестандартизированные показатели результатов, минимальные долгосрочные данные о последующем наблюдении и отсутствие обсуждения в отношении психологических последствий вносят вклад в необходимость дальнейших высококачественных исследований, посвященных этой теме.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ, ПОЛУЧАЮЩИХ CPAP ТЕРАПИЮ

Колядич Ж.В., Макарина-Кибак Л.Э., Корнелюк О.А.
РНПЦ оториноларингологии, Минск, Беларусь

Введение. Синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС) характеризуется периодическим спадением верхних дыхательных путей, что приводит к травматизации мягких тканей, развитию хронического воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей, в частности глотки. Причинами хронического воспаления слизистой оболочки полости носа является длительная травматизация мягких тканей, нарушение аэродинамики в полости носа во время эпизода апноэ, выраженная вегетативная дисрегуляция.

Цель исследования: проанализировать влияние терапии постоянным положительным давлением (CPAP) на функциональное состояние слизистой оболочки полости носа

Материалы и методы. В исследование включено 36 пациентов с верифицированным по данным полисомнографии диагнозом синдром обструктивного апноэ во сне тяжелой степени, имеющих жалобы на затруднение носового дыхания. Всем пациентам до применения CPAP терапии и через 3 месяца после начала лечения оценивалось носовое дыхание по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в баллах, выполнялась видеоэндоскопия полости носа эндоскопом фирмы K. Storz (Германия) с оптикой 0 градусов, диаметром 2,7 мм, передняя активная риноманометрия на риноманометре «Heinemann medizintechnik», сахариновый тест по методике Sacacura Y., 1983 (норма до 15 минут). Проводилась регистрация параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) проведена с помощью 5-минутной записи ЭКГ аппаратно-программным комплексом “Интекард”, Бриз-ХР. Проводился анализ следующих показателей ВСР: SDNN, мс (суммарная мощность вегетативной регуляции), условный показатель активности симпатического отдела регуляции), Si, % (стресс-индекс). Для статистического анализа использовался программный пакет Statistica 10,0. В качестве границ статистической значимости принимали $p<0.05$.

Результаты. По данным ВАШ все пациенты оценили выраженность затруднения носового дыхания в среднем на 7,2±0,15. Субъективные ощущения нарушения дыхания через нос после применения CPAP терапии по данным ВАШ статистически значимо снизились, варьировали в диапазоне от 4,5 баллов максимально до 2 баллов минимально, и в среднем составили 4,2±0,10 ($p<0.05$). По данным видеоэндоскопии полости носа у 6(16,6%) пациентов отмечался выраженных отек слизистой оболочки полости носа, у 24(66,6%) пациентов – умеренный и у 6 (16,6%) обследованных – незначительный отек слизистой оболочки полости носа. Через 3 месяца после лечения лишь у 9(25%) пациентов сохранялся умеренный отек слизистой оболочки полости носа, у 27(25%) - незначительный. По данным передней активной риноманометрии суммарный объемный поток до лечения составлял 350±9,65 $см^3/с$, увеличился после CPAP терапии до 461±15$см^3/с$, и, соответственно, уменьшилось носовое сопротивление ($p<0.05$). После применения СИПАП терапии статистически значимо улучшился мукоцилиарный клиренс (сахариновое время уменьшилось с 24,91±1,1мин. до 17,6±0,8мин. в среднем) ($p<0.05$). У всех обследуемых выявлены выраженные нарушения вегетативного статуса: снижение суммарной мощности вегетативной регуляции (SDNN в среднем 20,25±1,5 мс), увеличение стресс индекса (Si в среднем составил 463,01±15,1%). Через 3 месяца после применения CPAP терапии у 24 (66,6%) пациентов полностью восстановились показатели вегетативной регуляции (до показателей физиологической нормы по данным международного стандарта вариабельности сердечного ритма, 1996), 9 (25%) пациентов статически значимых изменений не определено.

Заключение. У пациентов с СОАС тяжелой степени выявлены признаки назальной обструкции и нарушения мукоцилиарного транспорта, свидетельствующие о наличии хронического воспаления слизистой оболочки полости носа. СИПАП терапия статистически значимо способствует восстановлению функционального состояния слизистой оболочки полости носа. Восстановление показателей вегетативной регуляции способствует восстановлению носового дыхания.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ

Денисова О.А., Солдатский Ю.Л., Горбунова Е.Д., Ерашов М.А.
ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ», Москва, Россия

Переломы орбиты по частоте встречаемости занимают второе место среди травм средней зоны лица. Изолированные переломы какой-либо орбитальной стенки встречаются примерно в 35-40% случаев, переломы медиальной стенки орбиты по частоте встречаемости стоят на втором месте после переломов нижней стенки орбиты.

За период с 2015 года по настоящее время в нашей клинике на стационарном лечении находилось 49 детей с переломами медиальной стенки орбиты различной степени тяжести. Внешними проявлениями в большинстве случаев являлся отек, гематомы, эмфизема мягких тканей периорбитальной области. При офтальмологическом осмотре определялись субконъюнктивальные кровоизлияния, ограничение подвижности глазного яблока, энофтальм; при чихании и сморкании в некоторых случаях появлялся экзофтальм. Выраженность клинической симптоматики со стороны глазного яблока определялась в первую очередь локализацией перелома и степенью смещения костных отломков. В случае образования обширного дефекта происходит пролабирование орбитальной клетчатки и содержимого глазницы в решетчатый лабиринт. Подобные обширные дефекты медиальной стенки орбиты по разным данным встречаются в 15-30% случаев ее перелома в первую очередь за счет амортизирующих свойств решетчатого лабиринта. При смещении костного отломка медиально происходит пролабирование ретробульбарной клетчатки и, в некоторых случаях, других анатомических структур глазницы - в первую очередь, медиальной прямой мышцы. Смещение большого участка жировой клетчатки в сторону решетчатого лабиринта с образованием дефицита ее объема в глазнице приводит к развитию энофтальма. Дислокация медиальной прямой мышцы в область перелома может привести либо к ее ущемлению, что сразу проявляется нарушением подвижности глазного яблока, либо данная симптоматика появляется в более отдаленные периоды, как следствие рубцово-спаечного процесса в зоне перелома с вовлечением глазных мышц.

За представленный период времени из 49 детей с переломом медиальной стенки орбиты, 20 детям выполнена хирургическая коррекция перелома двойным доступом. Показаниями к хирургическому вмешательству являлись:

- наличие энофтальма за счет дефицита объема ретробульбарной клетчатки;
- ограничение подвижности глазного яблока за счет дислокации медиальной прямой мышцы в область перелома;
- данные компьютерной томографии околоносовых пазух и орбит, подтверждающие наличие осложненного перелома медиальной стенки орбиты.

Хирургическое вмешательство состояло из двух этапов:

- орбитального, в процессе которого трансконъюнктивально проводится выделение и выведение медиальной прямой мышцы глаза;
- эндоназального: под контролем эндоскопической техники проводится ревизия поврежденного решетчатого лабиринта, удаляются костные отломки решетчатых клеток, в некоторых случаях - некротизированные ткани, затем идентифицируется медиальная стенка орбиты и смещенный костный отломок. По границам перелома микроинструментами проводится выделение ущемленного грыжевого мешка, разделяются спайки, окружающие глазные мышцы. Результативность действий контролируется путем тракции выделенной трансконъюнктивально медиальной прямой мышцы с попыткой достижения полной амплитуды движения глазного яблока.

Следующим этапом операции является восстановление травмированного участка медиальной стенки орбиты. В случае сохранения целостности костного отломка на

всем протяжении производится его репозиция и фиксация путем установки тампонады среднего носового хода и, после проведения латерализации средней носовой раковины, среднего и верхнего отделов общего носового хода. При наличии костного дефекта медиальной стенки орбиты, он закрывается биодеградирующим материалом, края которого заправляются за стенки костного дефекта в сторону глазницы с последующей длительной тампонадой среднего и общего носовых ходов.

Завершающим этапом операции является повторное проведение тракционного теста и ушивание конъюнктивы. Тампоны удаляются на 7-10 день (в зависимости от величины дефекта медиальной стенки орбиты), показано динамическое наблюдение офтальмолога и оториноларинголога. У 6 из прооперированных 20 детей одномоментно проведена контурная пластика нижней стенки орбиты двойным (трансназальным и трансорбитальным) доступом.

Сроки катамнестического наблюдения детей – до 2,5 лет. У всех детей полностью была восстановлена подвижность глазного яблока, энофтальм/экзофтальм не определялся. Со стороны полости носа и околоносовых пазух увеличения частоты или качества заболеваний не отмечалось. Через 6 месяцев всем наблюдающимся детям проводилась контрольная компьютерная томография околоносовых пазух и орбит. Структурных нарушений содержимого орбиты не отмечено ни в одном случае. У 5 детей определялось медиальное смещение травмированного участка орбитальной стенки в пределах 1,2 мм без функциональных нарушений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КРОВОСНАБЖАЕМЫХ РЕШЕТЧАТЫМИ АРТЕРИЯМИ: МИКРОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Гольбин Д.А.[1], Ласунин Н.В.[1], Черекаев В.А.[1], Серова Н.К.[1], Григорьева Н.Н.[1], Шкарубо М.А.[1], Тархнишвили Г.С.[2]

[1] Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

[2] Химкинское отделение Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Московской области, Химки, Россия

Введение. Опухоли передних отделов основания черепа получают кровоснабжение из оболочечных афферентов преимущественно из системы решетчатых артерий. Будучи ветвями глазной артерии, отходящей от внутренней сонной артерии, они недоступны для эндоваскулярной эмболизации. Массивная интраоперационная кровопотеря при больших и гигантских опухолях ограничивает объем резекции и ухудшает исходы лечения. Целью исследования является создание алгоритма прямого выключения афферентов опухолей передних отделов основания черепа из системы решетчатых артерий как этапа предоперационной подготовки для уменьшения интраоперационной кровопотери.

Материал и методы. Отработана хирургическая техника минимально инвазивных эндоскопических доступов к решетчатым артериям (трансорбитальных, эндоназального трансэтмоидального), а также доступ с эндоскопической ассистенцией при субфронтальном доступе, использующем бикоронарный разрез. Исследование проведено на анатомическом материале (10 нефиксированных препаратов головы (20 сторон) с окрашиванием артерий латексом).

Результаты. На всех препаратах осуществлен трансорбитальный, трансназальный и субфронтальный эндоскопический подход к решетчатым артериям и выполнено их лигирование. Ограничением трансназального доступа является прохождение решетчатых артерий в крыше решетчатого лабиринта, кроме того, этот доступ более травматичен и характеризуется наиболее длинным хирургическим коридором. Наименее короткий и травматичный путь – это трансорбитальный субпериостальный доступ. Субфронтальный подход позволяет одномоментно лигировать решетчатые артерии и удалить опухоль через один доступ, однако сопряжен с необходимостью мобилизации супраорбитального сосудисто-нервного пучка.

Заключение. На основании полученных данных сформулирован алгоритм тактики прямого предоперационного лигирования решетчатых артерий с учетом особенностей топографии решетчатых артерий и планируемого хирургического доступа. Изученные хирургические методики являются малотравматичными и не увеличивают послеоперационную морбидность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОСКУТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ

Кудряшов С.Е., Козлов В.С.
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, г. Москва

Актуальность. В настоящее время перфорация перегородки носа (ППН) становится все более распространенным заболеванием. Пациенты с ППН страдают от нарушения носового дыхания, сухости и образования корок в носу, рецидивирующих носовых кровотечений, головных болей, что приводит к значительному снижению их качества жизни. Существуют различные хирургические методы лечения ППН, которые направлены на полное закрытие дефекта перегородки носа или уменьшение его размеров. Как известно, отдаленные результаты пластического закрытия перфораций, особенно среднего и большого размера, далеки от идеала, и лечение перфораций остается камнем преткновения для большинства ринохирургов.

Цель работы – совершенствование методов хирургического лечения ППН.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели авторы разработали оригинальный метод хирургического лечения ППН с применением лоскута слизистой оболочки нижней носовой раковины (ННР). Метод может быть использован для лечения перфораций, расположенных в передних отделах перегородки носа. При этом ППН могут быть спонтанными, ятрогенными или полученными в результате самоповреждения перегородки носа и иметь средний или большой размер. Концепция метода основана на том, что слизистая оболочка в области края ППН испытывает недостаточность кровоснабжения и в результате воздействия вдыхаемой воздушной струи подвергается воспалению, что находит отражение в симптомах заболевания. Цель метода – обеспечить полноценное кровоснабжение слизистой оболочки носовой перегородки в области края ППН за счет кровеносных сосудов ННР. В зависимости от расположения переднего края ППН по отношению к переднему концу ННР используют переднюю или среднюю порцию раковины. Лоскут слизистой оболочки ННР ротируют к передненижней или задненижней полуокружности ППН, при этом питающую ножку сохраняют. Таким образом, слизистая оболочка в области края ППН получает альтернативный источник кровоснабжения. За период 2016-2017 гг. в отделении оториноларингологии ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ произведено 5 операций с применением предложенного метода. ППН имели различную этиологию и были более 1 см в диаметре. Средний срок наблюдения составил 6 месяцев. До и после проведения операций была произведена серия эндоскопических фотографий полости носа для сравнительного анализа состояния слизистой оболочки в области края ППН. Для оценки качества жизни до и после операции пациентам было предложено ответить на вопросы анкеты SF-36.

Результаты. Через 6 месяцев после хирургического лечения воспалительные изменения слизистой оболочки в области края ППН исчезли. Приживаемость лоскута слизистой оболочки ННР была 100%. Пациенты отмечали уменьшение выраженности ранее предъявляемых жалоб или их полное отсутствие. По всем параметрам анкеты SF-36 наблюдалось достоверное улучшение качества жизни пациентов через 6 месяцев после операции ($p<0,05$).

Заключение. Предложен эффективный метод хирургического лечения ППН среднего и большого размера, который заключается в обеспечении дополнительного кровоснабжения слизистой оболочки в области края перфорации за счет слизистой оболочки ННР. Во всех случаях использования метода были получены положительные отдаленные результаты. Применение лоскута слизистой оболочки ННР для лечения ППН достоверно повышает качество жизни пациентов ($p<0,05$).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Гюсан А.О.*, Волков А.Г.**, Узденова Х.А.*
*Кафедра оториноларингологии-хирургии головы и шеи Медицинского института Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии. Черкесск, РФ.
**Кафедра болезней уха, горла, носа Ростовского государственного медицинского университета. Ростов-на-Дону, РФ

Введение. Травматические повреждения лобных пазух составляют по данным различных авторов от 5 до 15% всех краниофациальных повреждений. Неудовлетворительные исходы лечения, низкая эффективность многих хирургических операций, частая сочетанность повреждений, недооценка их степени может приводить к угрожающим жизни внутричерепным осложнениям. Положение усугубляется ещё и тем, что лечением таких пострадавших занимаются врачи разных специальностей. В связи с этим до настоящего времени нет единого алгоритма проведения лечения этой категории больных. Между тем, своевременность и профессиональная грамотность оказания специализированной медицинской помощи этой категории пострадавших имеет первостепенное значение.

Цель работы: повышение качества оказания медицинской помощи пострадавшим с травмами лобной пазухи.

Материалом для исследования были пострадавшие с травматическими повреждениями лобных пазух, находящихся на лечении в клиниках Медицинского института Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологичекой академии и Ростовского государственного медицинского университета. За последние 10 лет мы имеем опыт лечения более 100 подобных пострадавших с травмами лобных пазух различной этиологии и объема. Совместно с профессором Волковым А.Г. мы публиковали ранее наш многолетний опыт лечения таких пострадавших (Волков А.Г., Гюсан А.О., 2006, 2007).

Однако, в связи с возрастающим числом пострадавших с травмами лобных пазух, поступающих в ЛОРотделения, нам представляется необходимым акцентировать внимание на следующих моментах в лечении подобных больных.

Выбор метода хирургического лечения зависит от локализации и распространенности травмы, а также, прежде всего, от наличия повреждения мозговой стенки пазухи, наличия разрыва мозговой оболочки (ликвореи), степени повреждения стенок пазухи и лобно-носового канала.

Мы придерживаемся мнения о необходимости ранней ревизии повреждений лобной пазухи и восстановления анатомической целостности её стенок. Основным критерием, определяющим объем хирургического вмешательства, является состояние лобно-носового канала. Для этой цели нами использовались не только рентгенологические и компьютерные исследования, но и практически всегда во время операции в полость пазухи вводили раствор метиленового синего, поступление его в полость носа, доказывало нормальную проходимость лобно-носового канала.

Хирургическая ревизия повреждения лобной пазухи всегда проводилась нами под общим обезболиванием и ставила своей целью: остановку кровотечения, выяснение объема и характера разрушений, сохранность лобно-носового канала, наличие инородных тел, анализ положения костных отломков. При открытой травме лобной пазухи с повреждением не только передней, но и задней стенки с мозговой оболочкой специализированная помощь оказывалась совместно с нейрохирургами. Основным алгоритмом действий ЛОРврача при закрытой травме лобной пазухи была:

1.Хирургическая ревизия раны: при этом тщательно удаляли все инородные тела, свободно лежащие мелкие костные отломки, обрывки слизистой оболочки, сгустки крови.
2.Оценка состояния лобно-носового канала и, в случае необходимости, восстановление его проходимости.
3.При сомнении в хорошей проходимости лобно-носового канала, мы во время ревизии пазухи убирали межпазушную перегородку. Эта мера способствует аэрации пазух и их дренированию.
4. Промывание пазухи растворами антисептиков.
5. Пластика одним из способов передней стенки лобной пазухи.
6. Обязательный эндоскопический осмотр полости носа с целью выявления патологических изменений, могущих нарушить проходимость лобно-носового канала.
7. При выраженном повреждении стенок лобной пазухи и лобно-носового канала одним из вариантов является облитерация лобной пазухи ауто- или алломатериалом.
Выводы. Ранняя, активная оториноларингологическая помощь пострадавшим с острой травмой лобной пазухи способствует предотвращению развития серьезных внутричерепных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРАПА У ДЕТЕЙ

Якушенкова А.П.
ФГБУ "Клиническая больница" УД Президента РФ, Москва, РФ.

Введение: появление храпа во сне обусловлено нарушение проходимости потока воздуха в верхних дыхательных путях. В настоящее время описано множество причин, приводящих к появлению храпа. При проведении обследования и лечения необходимо выявить и устранить причину, приводящую к возникновению храпа у каждого конкретного пациента.

Цель исследования: повысить эффективность оперативного лечения храпа в детском возрасте.

Материалы и методы: под нашим наблюдение находилось 20 детей в возрасте от 2-х до 14 лет с жалобами на храп, направленные в наш стационар для оперативного лечения весной 2017 года. Ранее все дети получали консервативное лечение по поводу нарушения носового дыхания, частых ОРВИ и храпа без стойкого эффекта. Кроме того, ранее один ребенок перенес оперативное лечение - аденотомию. При обследовании были использованы общеклинические методы, ЛОР-осмотр до и через месяц после операции, эндоскопия полости носа и носоглотки, данные рентгенографии и компьютерной томографии.

Результаты исследования. У детей дошкольного возраста (от 2-х до 6-ти лет) (n=15) были выявлены: аденоиды 3 ст. - у 5 детей, что составило 25% от всей наблюдаемой группы. У остальных 10 дошкольников (50%) гипертрофия глоточной миндалины сочеталась с гипертрофией нёбных миндалин. Выявлено 2-е детей (10%) младшего школьного возраста (от 7 до 10 лет). У мальчика 7 лет были диагностированы аденоиды 3 ст., хронический тонзиллит и искривление носовой перегородки. Ребенок 10 лет ранее перенес аденотомию, но страдал гипертрофией нёбных миндалин. В старшей школьной группе - 3 ребенка (15%) (от 11 до 14 лет). У ребенка 11 лет диагностированы аденоиды 3 ст. и хронический тонзиллит, у ребенка 12 лет - аденоиды 3 ст. и искривление носовой перегородки, у ребенка 14 лет - искривление носовой перегородки и вазомоторный ринит. Всем наблюдаемым пациентам было проведено оперативное лечение выявленной патологии под эндотрахеальным наркозом с использованием видиоэндоскопии с жесткой оптикой. Всего выполнено 18 эндоскопических аденотомий, 13 тонзиллотомий (тонзиллэктомий), 3 - септопластики, 2 - подслизистые вазотомии нижних носовых раковин. В результате проведенного лечения через месяц отмечалось восстановление или значительное улучшение носового дыхания и исчезновение феномена у всей группы наблюдаемых детей.

Выводы: 1. 75% пациентов, направленных в стационар на оперативное лечение по поводу храпа, составили дети дошкольного возраста. 2. Ведущей причиной возникновения храпа у детей дошкольного возраста является гипертрофия глоточной и/или небных миндалин. 2. У детей школьного возраста помимо патологии лимфо-глоточного кольца были выявлены искривление носовой перегородки и вазомоторный ринит. 3. Одномоментное хирургическое лечение всех выявленных патологий, приводящих к обструкции верхних дыхательных путей у ребенка позволяет успешно бороться с храпом.

ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Владимирова Т.Ю., Чернышенко И.О., Колдова Е.В.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

Введение. Общей закономерностью развития народонаселения в большинстве стран мира, в том числе и России, является старение населения. Согласно показателям Росстата, в стране увеличивается численность населения нетрудоспособного возраста, отмечается повышение средней продолжительности жизни (65,9 для мужчин и 76,7 года для женщин). При этом, доля пожилых мужчин (7,9%) почти вдвое меньше, чем аналогичный показатель для женщин (15,1%). Анализ демографической ситуации на основе оценки результатов статистических показателей Минздрава Самарской области за последние три года (2014-2016) выявил прирост доли лиц старших возрастных групп в структуре взрослого населения Самарской области. Так, на фоне возрастания доли лиц старше трудоспособного возраста на 1,0% и повышения коэффициента демографической нагрузки на 1000 трудоспособного населения губернии до 751, индекс глубины старения за последние два года сохранил стабильный уровень и составил 0,25. В то же время в Самарской области отмечается диспропорциональность постарения населения, выражающаяся в преобладании в 6,1 раз лиц пожилого возраста (согласно классификации ВОЗ 60-74 года) в сравнении с лицами старческого возраста (75 лет и старше). Данная демографическая ситуация обусловливает потребность в повышении качества квалифицированной медицинской помощи, в том числе специализированной, оказываемой пациентам пожилого и старческого возраста.

Среди разнообразия патологии органов и систем, проблема особенностей течения ЛОР-заболеваний у людей пожилого и старческого возраста остаётся актуальной и малоизученной. Хронический простой атрофический ринит – одна из наиболее распространённых возрастных нозологий. Некоторые авторы определяют его как гериатрический ринит, подчёркивая особенности, связанные с возрастной инволюцией структур полости носа. Традиционные методики лечения включают использование мазевых или масляных аппликаций на слизистую оболочку полости носа. Однако, анализ литературы показывает, что многообразие методов консервативной терапии не решает в полной мере вопросов эффективного лечения хронического атрофического ринита у лиц старшей возрастной группы. В последние годы появились исследования о применении препаратов на основе гиалуроновой кислоты в оториноларингологической практике. Мы посчитали патогенетически обоснованным и целесообразным использовать препараты гиалуроновой кислоты при простом атроофическом рините у пациентов пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: изучить эффективность лечения атрофического ринита у лиц пожилого и старческого возраста с использованием препаратов гиалуроновой кислоты.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 35 пациентов в возрасте от 67 до 82 лет с диагнозом хронический атрофический ринит. Всем пациентам были проведены общеклиническое исследование, оптическая эндоскопия полости носа, исследование мукоцилиарного транспорта с помощью сахаринового теста, рентгенография околоносовых пазух. Из исследования были исключены пациенты, имеющие травму носа в анамнезе, операции в полости носа и на околоносовых пазухах, а также имеющие системные заболевания.

Результаты. Из 35 пациентов было 26 женщин и 9 мужчин, соотношение составило 2,8:1. Длительность заболевания составляла менее 1 года у 4 (11,4%) пациентов, от 1 года до 5 лет у 23 (65,7%), от 5 до 10 лет у 6 (17,1%) пациентов, более 10 лет – у 2 (5,7%). Наиболее частыми жалобами (отмечали 100% пациентов) являлось ощущение сухости в полости носа и в горле, а также наличие корочек в полости носа, снижение

обоняния отмечали 94,2% обследованных, периодические носовые кровотечения имели место у 88,5 % пациентов, затруднение носового дыхания встречалось в 62,9% анализированных случаев. Реже всего пациенты предъявляли жалобы на слёзотечение, гнойные выделения или неприятный запах из носа, частые простуды. При оптической эндоскопии полости носа у 100% пациентов обнаруживались сухая и бледная слизистая оболочка полости носа, наличие корок в полости носа. В 68,6% наблюдений регистрировали расширение полости носа и уменьшение нижней носовой раковины в размерах, а у 2 (5,7%) пациентов наблюдали перфорацию перегородки носа. У всех пациентов отмечалось удлинение времени мукоцилиарного транспорта и составляло 19,92 ± 2,25 минут. При анализе рентгенограмм в 60% описывали пристеночное затемнение в проекции верхнечелюстных пазух. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа (n=16) проходила традиционное лечение с использованием носового душа изотоническим раствором натрия хлорида, аппликациями на слизистую оболочку полости носа масляных растворов, препаратов витамина А. Пациентам второй группы (n=19) дополнительно назначали аппликации препарата, содержащего гиалуронат натрия. На слизистую оболочку полости носа препарат наносили в форме геля в количестве 0,3 мл на каждую сторону с помощью ватных тампонов на 15 минут 3 раза в день в течение 7 дней. Эффективность лечения оценивали по результатам анкетирования пациентов и данным риноскопии. При анализе анкет, средний балл у пациентов основной группы составил 1,8± 0,5 баллов, у пациентов группы контроля он был выше и составил 2,1±0,7 балл, что говорит о большей выраженности симптомов после стандартного курса лечения. По результатам эндоскопического осмотра выраженность проявлений в группе контроля составила 2,4±0,6 баллов, в группе пациентов с использованием гиалуроновой кислоты – 1,9±0,8 балл. При анализе жалоб у пациентов в основной группе наилучший положительный результат получен в отношении симптома сухости полости носа, а также уменьшение количества корок. Однако, рецидивирующие кровотечения сохранялись в обеих группах и в отношении обоняния пациенты улучшения не отмечали.

Выводы. Таким образом, применение препарата на основе гиалуроновой кислоты в виде аппликаций на слизистую оболочку полости носа при хроническом простом атрофическом рините у пациентов пожилого и старческого возраста, показало более высокую эффективность в отношении основных симптомов заболевания по сравнению с традиционным лечение масляными растворами. Использование гиалуроновой кислоты может быть перспективным при атрофических процессах слизистой оболочки ЛОР-органов, что обосновывает возможность дальнейших исследований и популяризации метода в клинической практике.

ХРОНИЧЕСКИЙ РИНОСИНУСИТ У ДЕТЕЙ

Пажинский Л.В., Пажинский А.Л.
НИУ Белгородский государственный университет, Белгород, Россия.

Введение. Широкое внедрение функциональных эндоназальных видеоэндохиругических технологий, повышение качества диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, широкое применение интраназальных глюкокортикостероидов не привело к уменьшению числа больных с хроническим риносинуситом.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ причин рецидива хронического риносинусита после ранее выполненных эндоназальных видеоэндоскопических операций.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 80 пациентов, из них 46 мальчиков и 34 девочки, средний возраст 14,7 лет, с диагнозом хронический риносинусит, из числа ранее оперированных в период 2000-2014 год, которым выполнялась эндоназальное видеоэндоскопическое вмешательство в полости носа и околоносовых пазух. Нами изучены протоколы операции из историй болезни оперированных больных. Проведен анализ результатов компьтерно-томографического и эндоскопического исследований полости носа и околоносовых пазух, где были установлены патологические изменения и индивидуальные анатомические особенности внутриносовых структур способствующих рецидиву риносинусита.

Результаты. В ходе исследования в 35% случаев диагностированы синехии на слизистой оболочке полости носа, при этом в остиомеатальном комплексе 28%, недостаточное вскрытие клеток решетчатого лабиринта в 42%, стеноз наложенного соустья с верхнечелюстной пазухой в 12%, стеноз лобно-носового канала в 5%, блокада лобно-носового канала фронтоорбитальной клеткой в 4%, блокада соустья с верхнечелюстной пазухой клеткой Галлера в 8%, удаленная средняя носовая раковина в 7%, буллезно измененная средняя носовая раковина 12%, искривление носовой перегородки в 18%, гипертрофия нижних носовых раковин 12 %, гипертрофия глоточной миндалины 12%. Диагностированные в результате исследования патологические изменения структур остиомеатального комплекса и сужение наложенного соустья с околоносовой пазухой, у ранее оперированных больных проявляют себя клинически и коррелируют с частотой обострений синусита и общим самочувствием.

Выводы. У больных с рецидивирующим риносинуситом чаще диагностировались 2–3 признака патологических изменений и индивидуальных анатомических особенностей, которые могут способствовать обструкции остиомеатального комплекса и являться причинами рецидивирования воспалительного процесса в клетках решетчатого лабиринта, верхнечелюстной и лобной пазухах. Врач отоларинголог, занимающийся эндоскопической ринохирургией, составляя план операции, может прогнозировать исход заболевания, используя знания вариантной анатомии полости носа и околоносовых пазух, данные видеоэндоскопического и компьютерно-томографического исследований.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЦЕФАЛГИИ НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ АЭРОДИНАМИКИ ПОЛОСТИ НОСА

Кокорина В.Э., Вишневская Ю.О.
ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет МЗ РФ, Хабаровск, РФ

Введение. Рецидивирующие головные боли широко распространены в популяции, и в большинстве случаев не сопровождаются жалобами на нарушение носового дыхания и выделения из полости носа. С целью установления причины данной патологии пациенты обращаются к врачам многих специальностей: неврологам, окулистам, нейрохирургам, психиатрам. Зачастую, при комплексном обследовании пациентов с цефалгией, в частности, при выполнении спиральной компьютерной томографии, диагностической находкой является впервые выявленная патология со стороны полости носа и околоносовых пазух. Подтверждение причинно-следственных связей головной боли с нарушением анатомического строения полости носа и околоносовых пазух с нарушением аэродинамики крайне затруднительно в большинстве случаев. Сохранение цефалгии после проведенной хирургической коррекции носового дыхания и диагностированной патологии у многих пациентов приводит к неудовлетворенности качеством оказания медицинской помощи и жалобам в контролирующие организации. Таким образом, актуальными являются исследования, направленные на оценку степени у влияния хирургической коррекции носового дыхания с восстановлением аэродинамики носа в зависимости от выявленных нарушений на выраженность цефалгии.

Целью нашей работы явилось установление влияния хирургического восстановления носового дыхания при помощи устранения аномалий полости носа и околоносовых пазух на выраженность головных болей.

Материалы и методы: На базе клиники оториноларингологии Дальневосточного государственного медицинского университета за период с 2014 по 2017 год было обследовано 475 пациентов с головной болью различной интенсивности. Все пациенты были обследованы смежными специалистами и радиологическое обследование выявило у них сопутствующую патологию полости носа и околоносовых пазух. Все пациенты, учитывая выраженность интенсивности болевого синдромас применением визуально-аналоговой шкалы боли и цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ, numerical rating scale, NRS), которая также предназначена для определения интенсивности боли были разделены на три исследуемые группы: 1 группа - легкая головная боль - 128 (26,9%), средней степени выраженности - 286 (60,2%), тяжелая головная боль – 61 (12,8%). При госпитализации в отделение в дополнение к выполненному стандартному оториноларингологическому осмотру и радиологическому обследованию всем пациентам выполнялось эндоскопическое обследование полости носа, тестирование пациентов с применением аналоговых шкал.

Результаты. Превалирующей патологией у пациентов первой группы были: деформация носовой перегородки в сочетании с гипертрофией нижних носовых раковин (79 пациентов), хронический верхнечелюстной синусит с наличием кисты верхнечелюстной пазухи (49%). Во второй группе в большинстве случаев диагностировалась сочетанная патология остиомеатального комплекса, искривление носовой перегородки и хронический гипертрофический ринит - 169. У пациентов третьей группы, несмотря на выраженную головную боль, комплексное оториноларингологическое обследование в большинстве случаев выявило – деформацию носовой перегородки (46 человек) в сочетании с хроническим верхнечелюстным синуситом – кисты верхнечелюстной пазухи (15). Причем пациенты у пациентов с выраженной цефалгией в сочетании с кистами верхнечелюстных пазух, кисты заполняли преимущественно не более трети объема верхнечелюстной пазухи.

Все пациенты были прооперированы в соответствии с выявленной патологий с применением эндоскопической и радиоволновой техники. Хороший функциональный результат позволил у большинства пациентов значительно улучшить носовой дыхание - 426(89,7%). После выписки из стационара по стандартной методике на протяжении 1 месяца пациенты получали топические кортикостероиды по стандартным схемам. Контрольный осмотр через один и три месяца с повторным анкетированием позволил установить динамику головной боли в послеоперационный период. Наиболее выраженная положительная динамика отмечена у пациентов второй группы - исчезновение головной боли или значительное ее снижение отметили 156 пациентов преимущественно с патологией остиомеатального комплекса. У пациентов первой группы в большинстве случаев отмечалось незначительное уменьшение интенсивности головной боли (87 пациентов). У остальных пациентов и у 54 пациентов третьей группы наблюдения улучшение носового дыхания в послеоперационном периоде не привело к значимой динамике интенсивности головной боли.

Выводы: У пациентов с цефалгией разной степени выраженности при диагностическом обследовании часто выявляется сопутствующая патология полости носа и околоносовых пазух. Коррекция выявленных нарушений, приводя в большинстве случаев к улучшению носового дыхания, не всегда приводит к уменьшению интенсивности головной боли. Наиболее выраженное уменьшение головной боли отмечено у пациентов с патологией остиомеатального комплекса.

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ АНТРОТОМИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КИСТОЗНОГО ГАЙМОРИТА.

Царапкин Г. Ю.
ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ г. Москвы, Москва, РФ

Актуальность. Современные медицинские технологии позволяют проводить лечение хронического синусита с минимальной травмой «путевых» тканей. Разработанные малоинвазивные методики хирургического лечения хронического гайморита призваны уменьшить риск развития послеоперационных осложнений и сократить сроки реабилитации больных. В арсенале оториноларинголога имеется три методики эндоназальной антротомии: через расширенное естественное соустье, через латеральную стенку полости носа в нижнем носовом ходе и через нижние отделы гребня апертуры по Конфильд-Штурману. Но, необходимо признать, что каждая из методик далеко от совершенства и имеет ряд недостатков, которые возможно решить двумя путями: установлением четких показаний в выборе методики хирургического доступа к верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и разработки новых способов антротомии с учетом принципов молоинвазивности, физиологичнось и безопасности.

Цель работы: разработать оригинальную методику эндоназального хирургического доступа к верхнечелюстной пазухи через через crista conchalis верхнечелюстной кости и сравнить ее безопасность и эффективность у больных с хроническим кистозным гайморитом.

Материалы и методы. На основании векторного анализа КТ-антомии полости носа нами изучена синтопия crista conchalis верхнечелюстной кости по отношению сдистальному концу носослёзного канала и просвета ВЧП нами разработана оригинальная методика эндоназальной антротомии. Основными анатомическими ориентирами в проведении хирургического вмешательства являются край костной апертуры носа, crista conchalis верхнечелюстной кости и передний конец нижней носовой раковины. Первым этапом проводим поднадкостничную гидроотсепаровку слизистой оболочки в области гребня нижней носовой раковины. Затем, на уровне переднего конца нижней носовой раковины, отступя 1-2 мм от края костной апертуры носа проводим вертикальный разрез слизистой оболочки, длиной 1,5-2,0 см. Далее, при помощи распатора обнажаем crista conchalis до места крепления нижней носовой раковины. После этого, направляя бор под углом 30° трепанируем медиальную стенку ВЧП в области гребня нижней носовой раковины. Расширяем антростому до 4-5 мм и вводим жесткий эндоскоп и хирургический инструмент в полость ВЧП. После удаления КВЧП края разреза сопоставляем и фиксируем двумя швами.

Под нашим наблюдением находилось 144 пациента с кистозным поражением ВЧП. сочетающееся с искривлением перегородки носа и гипертрофией нижних носовых раковин. Этот контингент больных составил клиническую группу. Женщин было 69 (47,9%), мужского – 75 (52,1%). Возраст от 16 до 57 лет. Всем больным клинической группы после обследования мы провели эндоназальную микрогайморотомию с вапоризацией стенки кисты гольмиевым лазером, септопластику и нижнюю щадящую конхотомию. В зависимости от примененной методики хирургического доступа к ВЧП в пациенты клинической группы были разделены на четыре подгруппы, сопоставимые по численности, полу и возрасту. В А подгруппе больных (36 человек) удаление КВЧП мы проводили через средний носовой ход. В В подгруппе (36 пациентов) – через гребень грушевидного отверстия по Конфильд-Штурману. В С подгруппе (36 больных) – через антростому в области нижнего носового хода. У пациентов D подгруппы (36 человек) – цистэктомию проводили по оригинальной методике через трепанационное отверстие в области crista conchalis верхнечелюстной кости.

Результаты. Применение гольмиевого лазера с моделируемой насадкой позволило всем больным клинической групп полностью удалить стенку ретенционной кисты ВЧП. Эндоназальная гайморотомия в области crista conchalis характеризуется индексом травматичности, равный 3 балла по ВАШ, что на 40% ниже антротомии в области нижнего носового хода. По сравнению с хирургическим доступом через средний носовой ход не разрушается остиомеатальный комплекс. При гайморотомии по Конфильд-Штурману развивается ятрогенная недостаточность наружного носового клапана, проявляющаяся патологическим коллапсом на стороне прооперированной ВЧП (ИПВК = 321,55±12,24 мл/с, УУНКК = 28,08±0,07%).

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ОБРАЗОВАНИЙ ВЕРХУШКИ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Капитанов Д.Н.*, Кутин М.А.*, Калинин П.Л*., Фомичев Д.В*., Шарипов О.И.* Зеликович Е.И.**, Полев Г.А.***
*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н.Бурденко» МЗ РФ, Москва, РФ
**ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва, РФ
***НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева, Москва, РФ

Введение. Верхушка пирамиды (ВП) – это наиболее медиальная и глубоко расположенная часть височной кости, что делает доступ к ней заведомо сложным. ВП ограничена внутренним ухом (полукружные каналы и улитка), спереди - внутренней сонной артерией, сверху - средней черепной ямкой и Мекелевой полостью. Сзади границей является задняя черепная ямка от заднего полукружного канала до канала отводящего нерва. Нижняя часть граничит с луковицей яремной вены и нижним каменистым синусом. Наиболее частая патология, которая встречается в области ВП это холестероловая гранулема (80%). Кроме этого здесь могут располагаться следующие патологические процессы и образования: холестеатома, эозинофильная гранулема, хондрома, хондросаркома, менингиома, шванома, менингоцеле и энцефалоцеле, мукоцеле, метастазы, верхушечный апецит (Gradinego`s syndrom). Диагностика образований верхушки пирамиды височной кости основана на клинических проявления, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Традиционный подход к верхушке пирамиды включает в себя нижне-лабиринтный, нижне-кохлеарный или транскраниальный, через среднюю черепную ямку. Так или иначе, все эти доступы чреваты высоким риском повреждения важных анатомических структур.

Цель исследования. Верхушка пирамиды височной кости может быть доступна через клиновидную пазуху (транссфеноидальный подход) или через крылонебную ямку (транскрылонебный подход). Целью исследования является разработка трансназального доступа в зависимости от анатомического строения клиновидной пазухи и степени распространения патологического процесса верхушки пирамиды височной кости.

Материл и метод. Стандартный транссфеноидальтный доступ необходим, когда патологический процесс в области верхушки распространяется на латеральную стенку клиновидной пазухи. Транскрылонебный доступ с мобилизацией сонной артерии необходим если патологический процесс в области верхушки располагается более латерально и не сообщается с латеральной стенкой пазухи. Нижний транскрылонебный доступ с резекцией ската. В некоторых случаях расположение патологического процесса в области верхушки пирамиды височной кости находится ниже дна клиновидной пазухи. В виду этого проводится более широкий доступ через крылонебную ямку с идентификацией ветвей тройничного нерва, Видиевого нерва, каменистой части внутренней сонной артерии и Евстахиевой трубы. С 2003 по 2017 г.г. в НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко наблюдалось 11 пациентов с холестероловой гранулемой верхушки пирамиды височной кости в возрасте от 12 до 72 лет. Пациенты предъявляли стойкие жалобы в течение длительного времени, которые включали в себя: выраженную головную боль, субфебрильную температуру, головокружение, шум в ухе и голове, нарушение функции черепных нервов. Диагноз холестероловая гранулема верхушки пирамиды височной кости был поставлен по клиническим признакам и характерным рентгенологическим находкам (данным КТ и МРТ). Пяти пациентам выполнена эндоскопическая эндоназальная транссфеноидальная ревизия верхушки пирамиды височной кости с различной степенью резекции структур ската, в 5 случаях проведен транскраниальный доступ, один больной находился под

наблюдением. Большинство эндоскопических операций выполнялось под контролем навигационной системы, а также интраоперационной КТ.

Результаты: Четко визуализировать патологический процесс в области верхушки пирамиды височной кости удалось у 7 пациентов взрослого возраста с длительным анамнезом заболевания. У пациентов детского возраста в 3 наблюдениях обнаружена система развитых ячеек в области верхушки с наличием слизистого содержимого. После операции в раннем послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика с регрессом неврологической симптоматики у всех пациентов. Тем не менее, двоих пациентов пришлось оперировать повторно, из-за рецидива заболевания. Интраоперационных осложнений в группе оперированных больных не было. Максимальный срок наблюдения составил 5 лет.

Выводы: Верхушка пирамиды височной кости сложно доступная зона, к которой можно подойти, используя транссфеноидальный либо транскрылонебный эндоскопический доступ. Тем не менее, указанные доступы чреваты развитием серьезных интраоперационных осложнений: ранение внутренней сонной артерии и ветвей верхнечелюстной артерии, повреждение черепных нервов, назальная ликворея. Учитывая вышесказанное, хирургическое лечение патологии верхушки пирамиды височной кости должно проводиться командой опытных специалистов, оперирующих эндоскопически на основании черепа. Также необходима хорошая техническая обеспеченность подобных операций и возможность быстрого перевода пациента в эндоваскулярную операционную при необходимости. Для более четкого понимания того или другого доступа необходимо дальнейшее накопление клинического материла, а также диссекционная тренировка.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕВИЗИЯ ЛУНОК УДАЛЁННЫХ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ

Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Целикова А.О.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Донецкая Народная Республика

Как известно, одним из непременных условий успешного лечения больных одонтогенным гайморитом является удаление «причинного» зуба (зубов). Вместе с тем, выполняемая после экстракции ревизия лунки зуба обычно проводится практически без контроля зрения.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности метода эндоскопической ревизии лунок зубов после их экстракции у больных одонтогенным гайморитом.

Материалы и методы. Нами в Донецком ринологическом центре в 2011-2013 гг. наблюдалось 178 больных одонтогенным гайморитом в возрасте от 24 до 62 лет. Мужчин было 86 (48,3%), женщин – 92 (51,7%). Диагноз верифицировали после анализа жалоб и анамнеза, осмотра ЛОР-органов, эндориноскопии, конусно- лучевой компьютерной томографии, общеклинического обследования и консультации челюстно-лицевого хирурга. В случае необходимости коррекции внутриносовых структур оперативному лечению предшествовала санация верхнечелюстной пазухи. Все вмешательства проводили под атаралгезией с управляемой гипотонией и местной проводниковой анестезией. После удаления зуба, лунку осматривали с помощью эндоскопа Хопкинса, подключенного к видеокамере и монитору. Если обнаруживали патологические образования (кисты, кистогранулемы) или инородные тела (пломбировочный материал), их удаляли под контролем зрения, глядя на экран монитора (патент на полезную модель № 77111 от 25.01.13г.).

Полученные результаты и их обсуждение. Основным недостатком общепринятой методики является то, что невозможно визуализировать все участки зубной лунки и быть уверенным в том, что удалось удалить все патологические образования и ткани. Использование эндоскопической ревизии лунки после типичного или атипичного удаления зуба позволяет под контролем зрения тщательно выполнить этот этап операции. Применение предложенного способа ускоряет заживление раны и сокращает сроки пребывания больных в стационаре до 5-6 суток. Послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания не отмечено ни у одного пациента.

Выводы. Метод эндоскопической ревизии лунок удалённых зубов целесообразно использовать при лечении больных одонтогенным гайморитом.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ

Ласунин Н.В., Гольбин Д.А., Черекаев В.А., Григорьева Н.Н., Серова Н.К.
Федеральное государственное автономное учреждение "Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Декомпрессия зрительного нерва – необходимая составляющая хирургического вмешательства при сдавлении нерва в зрительном канале. Декомпрессия – эффективный метод сохранения зрительных функций, однако техника выполнения может быть различна. Целью данного исследования являлось описание хирургической техники и анализ результатов трансназальной эндоскопической декомпрессии зрительных нервов при опухолевой компрессии.

Материал и методы. Мы выполнили эндоназальную эндоскопическую декомпрессию зрительного нерва у 15 пациентов с диагнозом «краниофациальное новообразование, распространяющееся на зрительный канал». В 3 случаях декомпрессия выполнена с 2-х сторон. Во всех случаях был использован эндоскопический эндоназальный доступ. Через ипсилатеральный средний носовой ход трансэтмоидальным путем и с помощью билатерального парасептального доступа осуществлялся подход к клиновидной пазухе и широкая передняя сфеноидотомия для визуализации канала зрительного нерва от средней линии до вершины глазницы. Применялась хирургическая техника «два хирурга – четыре руки». Декомпрессия канала зрительного нерва и нижнемедиальной стенки вершины орбиты производилась с помощью высокоскоростного бора Karl Storz. Выполнялось удаление не менее 180° окружности стенок зрительного канала на протяжении от вершины глазницы до проекции середины хиазмы. Рассечение оболочки зрительного нерва не производилось.

Результаты. Результаты трансназальной декомпрессии сопоставимы с результатами при «классическом» транскраниальным доступом. Инфекционных или геморрагических осложнений, ликворей в периоперационном периоде не было.

Заключение. Декомпрессия зрительного нерва – эффективный метод сохранения зрительных функций. Трансназальная декомпрессия – менее травматичный подход, позволяющий обеспечить хороший клинический результат.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЭНДОНАЗАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКЕ И ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОМУ СЕГМЕНТУ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Бебчук Г.Б., Джафарова М.З., Авербух В.М.
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, РФ

Цель: Определить анатомические ориентиры для пошагового планирования эндоскопического эндоназального доступа к парафарингеальному сегменту внутренней сонной артерии (ВСА).

Методы: Эндоскопическая эндоназальная диссекция 8 подвисочных ямок на биологической модели с выделением парафарингеального сегмента ВСА в 2 случаях.

Результаты: Отсутствие анатомических границ между верхним парафарингеальным пространством и подвисочной ямкой позволяет рассматривать парафарингеальный сегмент ВСА как критическую структуру, топографические особенности которой необходимо учитывать в ходе эндоскопического эндоназального доступа к вышеописанной области. Нами изучено 4 ориентира, последовательное выделение которых обеспечивает визуализацию парафарингеального сегмента ВСА. Двигаясь в проксимально - дистальном направлении, первый ориентир - латеральная крыловидная мышца, занимает значительный объем подвисочной ямки, имеет горизонтальное направление волокон, от подвисочной поверхности большого крыла клиновидной кости и латеральной поверхности латеральной пластинки крыловидного отростка, прикрепляясь к шейке нижней челюсти. Учитывая вариабельность расположения крыловидного сегмента верхнечелюстной артерии относительно латеральной крыловидной мышцы, верхнечелюстная артерия не может быть стабильным анатомическим ориентиром в подвисочной ямке. В нашем исследовании второй сегмент верхнечелюстной артерии в двух случаях проходил в толще латеральной крыловидной мышцы. За латеральной крыловидной мышцей располагается второй ориентир - нижнечелюстной нерв (V3). V3 выходит из средней черепной ямки через овальное отверстие, разделяясь на передний и задний пучки. Нами обнаружены две ветви заднего пучка - язычный и нижний альвеолярный нервы на латеральной поверхности медиальной крыловидной мышцы во всех случаях диссекции. Топография V3 имеет принципиальное значение. Латерально от V3 поочередно визуализируются остистое отверстие и ость клиновидной кости с клиновидно - нижнечелюстной связкой. Сзади и снизу от V3 находится третий ориентир, представленный слуховой трубой. Слуховая труба указывает на парафарингеальный сегмент ВСА. Со слуховой трубой функционально связаны мышца напрягающая мягкое небо и мышца поднимающая мягкое небо, идущие спереди и по латеральной поверхности хрящевого сегмента слуховой трубы и снизу и по медиальной поверхности, соответственно. Четвертый ориентир - шиловидная диафрагма, относительно которой выделяют пре - и постшиловидный компартменты. Нами в двух случаях проводилась диссекция парафарингеального сегмента ВСА, расположенной в постшиловидном компартменте. В описываемых случаях парафарингеальный сегмент ВСА располагался латерально и кзади относительно хрящевого сегмента слуховой трубы, сзади от перешейка слуховой трубы и был покрыт шиловидной диафрагмой. Парафарингеальный сегмент ВСА имел восходящее направление, без признаков кинкинга. Эндоскопический эндоназальный доступ позволял достичь контроля только той порции парафарингеального сегмента ВСА, которая находилась над уровнем мягкого неба.

Выводы: Предоставленное эндоскопическое описание четырех анатомических ориентиров позволяет планировать сравнительно безопасный эндоназальный доступ к парафарингеальному сегменту ВСА.

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РИНОПЛАСТИКЕ

Калинина С.А.
ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический факультет имени А.И.Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия

Сегодня операция риносептопластика является одним из самых трудных и самых востребованных разделов пластической хирургии. Изменение формы носа врожденного характера или возникшее вследствие травмы и хирургического вмешательства изменяет лицо, лишает его выразительности, приводит к тягостным переживаниям, тяжелым психогенным реакциям, отрывает людей от коллектива и от общественно полезной деятельности. Поэтому коррекция деформаций носа на протяжении нескольких десятилетий является актуальным вопросом, решением которого занимаются ученые и врачи-хирурги различного профиля. Кроме этого, в последнее десятилетие наблюдается значительное увеличение распространенности аномалий развития разных отделов черепа.

Лучевые методы диагностики занимают лидирующее положение среди всех методик обследования пациентов с различными патологиями черепа. На основании полученных данных выполняется цефалометрический анализ, выявляющий соотношения между различными функциональными структурами лица и позволяющий диагностировать диспропорции размеров и положения отделов черепа в разных плоскостях. На сегодняшний день доказано, что желание пациентов изменить лицо является определяющим фактором, стимулирующим пациентов обращаться к врачу. Данный факт определяет необходимость системной морфометрической оценки мягких тканей лицевого профиля. Изучение мягких тканей позволяет определить гармонию черт лица, вероятность изменений в процессе лечения и прогнозировать внешний вид пациента после его завершения.

На современном этапе основной целью комбинированного лечения является улучшение эстетики лица, при этом значения цефалометрических показателей имеют второстепенное значение. В течение последних 10 лет были достигнуты значительные успехи в диагностике, предоперационном планировании и лечении пациентов с деформациями и аномалиями развития костей черепа. Использование таких современных методов диагностики как конусно-лучевая объемная томография, стереофотограмметрия, трехмерные программы компьютерного моделирования позволяют получать достоверную и точную информацию о строении черепа и мягких тканей лица. Данные сведения дают возможность хирургу провести четкое предоперационное планирование.

Комбинация тщательного клинического обследования пациента и трехмерного анализа виртуальной модели черепа имеет беспрецедентный потенциал в постановке правильного и точного диагноза челюстно-лицевой деформации.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ - повышение эффективности диагностики, предоперационного планирования и хирургического этапа комбинированного лечения пациентов с деформациями костей черепа.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Изучить морфометрические особенности строения лицевого черепа.
2. Провести сравнительную оценку изменения мягкотканых параметров у пациентов до и после лечения.
3. Оценить результаты показателей компьютерного планирования операции с послеоперационными результатами лечения.
4. Разработать оптимальную методику трехмерного цефалометрического анализа для диагностики и планирования хирургического этапа комбинированного лечения пациентов.

5. Разработать алгоритм диагностики и планирования комбинированного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Проведено обследование и лечение 50 пациентов с патологией развития костей черепа в возрасте от 18 до 45 лет. Пациентам был проведен комплекс клинических (сбор анамнеза, осмотр лица и полости рта) и дополнительных (расчет и анализ телерентгенограмм головы в боковой проекции с использованием программы Dolphin Imaging, расчет данных конусно-лучевой объемной томографии 50 пациентов до проведения операции и в послеоперационном периоде в сроки от 6 до 12 месяцев) обследований, составлен план ортодонтического, хирургического и медикаментозного лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Методика трехмерного цефалометрического анализа для диагностики и планирования хирургического этапа комбинированного лечения пациентов дает предсказуемые и стабильные эстетические результаты операций, как в ближайшем, так и отдаленном послеоперационном периоде.
2. Разработанный способ ринопластики с использованием аллогенной фасции, существенно уменьшает количество осложнений в послеоперационном периоде и позволяет достигнуть более выраженного эстетического и функционального эффекта.

ЭТАПНОСТЬ МАНИФЕСТАЦИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА КАК МАРКЕР ДЛЯ ВЫДЕНИЯ ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ненартович И.А.
ГОУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Аллергический ринит рассматривают не только как самостоятельное заболевание, но и как ступеньку перед бронхиальной астмой. Вместе с тем, осознание неоднородности бронхиальной астмы обуславливает сонм исследований по выделению фенотипов заболевания. Предложены многочисленные «кандидаты» для выделения фенотипов астмы.

Цель: определить, является ли этапность манифестации аллергического ринита маркером для описания фенотипа бронхиальной астмы.

Материалы и методы: Обследован 101 пациент в возрасте 6–17 лет включительно: мальчики: 66,3% (67/101), девочки 33,7% (34/101. Объем изучаемой выборки был определен с использованием непарного t-критерия. Включенные в исследование пациенты находились на лечении в пульмонологическом отделении для детей УЗ «Минская областная детская клиническая больница». Перед включением в исследование с каждым ребенком и его законным представителем проводили разъяснительную беседу о задачах и объеме предстоящего обследования, получали письменное информированное добровольное согласие в соответствии с действующим законодательством и действующими этическими нормами.

На проспективном этапе исследования выполняли физикальное, общеклиническое, лабораторно-инструментальное, а также специальное исследование. Специальное обследование включало проведение компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК), исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с проведением серии бронходилатационных тестов или пробы с дозированной физической нагрузкой (в зависимости от исходного состояния пациента и параметров функции внешнего дыхания), исследование мукоцилиарного клиренса, определение уровня общего иммуноглобулина Е и аллерген-специфических иммуноглобулинов Е, исследование данных потовой пробы.

Стратификация пациентов осуществлялась после получения данных КТ ОГК с формированием 2 параллельных групп:

1) группа 1 – пациенты с бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого персистирующего течения с наличием структурных изменений легких (СИЛ);
2) группа 2 – пациенты с бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого персистирующего течения без СИЛ (группа сравнения).

Под СИЛ понимали отклонение от нормальной анатомии бронхов, легких и плевры с учетом вариантного строения.

Статистическая обработка результатов проведена с помощью применения пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Критическим уровнем значимости при проверке гипотез считали $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. При сравнении групп пациентов с бронхиальной астмой с СИЛ и без СИЛ выявлены отличительные особенности, характерные для астмы с СИЛ:

- аллергический ринит манифестировал после дебюта бронхиальной астмы ($p=0,04$)
- ребенок не болел острыми респираторными инфекциями (ОРИ) на 1-м году жизни ($p=0,02$)
- сырость в жилище ($p<0,01$)
- дефицит массы тела у мальчиков ($p= 0,02$)
- неконтролируемое течение тяжелой астмы ($p=0,05$)
- отхождение мокроты при приступе ($p=0,01$)

- возраст дебюта бронхиальной астмы, Me (25–75), лет (p=0,05)

Затем был осуществлен многофакторный анализ для двух групп с помощью логистической регрессии. В предварительную модель многофакторного анализа включались переменные, которые показали статистическую значимость в однофакторном анализе на уровне p<0,2, а также конфаундеры «пол» и «возраст». Поскольку предварительная модель показала полное разделение групп, то отдельно был выделен предиктор «сырое помещение», который выявлен только у пациентов группы 1 (с СИЛ) в 47% случаев. Подмножество пациентов, которые не проживали в сырых помещениях, проанализировано заново. Затем предварительная модель редуцировалась с помощью алгоритма пошагового исключения на основе информационного критерия Акаике. После получения окончательной модели путем экспоненцирования соответствующего коэффициента регрессии и его доверительного интервала для каждого признака из окончательной модели рассчитывалось отношение шансов и доверительные интервалы. Наиболее значимыми признаками для характеристики фенотипа бронхиальной астмы с СИЛ являются проживание в сыром помещении, дебют астмы в 6 лет и позднее, отсутствие ОРИ на 1-м году жизни.

Вывод. Этапность манифестации аллергического ринита может быть использована как дополнительный признак характеристики фенотипа бронхиальной астмы с СИЛ.

ЯТРОГЕННАЯ НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Капитанов Д.Н.
ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва, РФ

Введение. Значительное увеличение в последние десятилетия эндоназальных вмешательств в полости носа, околоносовых пазух привело к определенному росту повреждения костных и мягких структур основания черепа во время операций. При этом, практически всегда начинается выделение цереброспинальной жидкости из полости черепа в просвет синуса или в полость носа, что расценивается как назальная ликворея (НЛ). Явная или скрытая НЛ чревата достаточно грозными осложнениями, таким как менингит и пневмоцефалия. Сам термин **ятроге́ния** (др.-греч. ἰατρός — врач + др.-греч. γενεά — рождение) подразумевает ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником. Учитывая тот факт, что ятрогенная назальная ликворея возникает в результате действий хирурга, вопрос лечения и профилактики подобного заболевания является весьма актуальным. Безусловно, есть предрасполагающие факторы, которые делают эндоназальную операцию более трудной. При этом риск развития ятрогенной НЛ увеличивается. К этим факторам относятся опухолевые процессы в полости носа и околоносовых пазух, выраженный полипозный процесс, изменение нормальной анатомии полости носа, интраоперационное кровотечение, особенности строения ситовидной пластинки,

Цель исследования. Анализ серии пациентов с ятрогенной назальной ликвореей на основе которого сформированы положения о принципах ведения данной патологии и меры профилактики указанного осложнения.

Материл и метод: с 1998 по 2017 годы в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ оперировано 58 пациентов с диагнозом ятрогенная назальная ликворея, большая часть которых была переведена из других лечебных учреждений. Возникновению ятрогенной НЛ предшествовали ЛОР-операции (в том числе эндоскопические) – 24 пациента, блок резекции структур основания черепа - 8 пациентов, различные нейрохирургические вмешательства – 16, трассфеноидальное удаление опухолей хиазмально-селярной локализации - 10. Длительность заболевания не превышала месяц, в большинстве случаев операция по пластическому закрытию проводилась в течение первой недели после начала заболевания. Обнаружение дефекта основания черепа проводилось трансназально под контролем прямого или 30-градусного эндоскопа, далее проводилась пластика костного дефекта. В работе также анализируется тактика ведения пациента при обнаружении НЛ во время операции либо в раннем послеоперационном периоде. Проводится анализ необходимости использования люмбального дренажа, флюоресцеиновой навигации, а также рассматриваются принципы антибиотикотерапии.

Результаты: размер костной части дефекта основания черепа не превышал 5 мм у 90% пациентов и локализовался либо в ситовидной пластинке, либо в крыше решетчатых клеток. В качестве пластических материалов использовалась жировая клетчатка и широкая фасция, взятая в бедренной области. У некоторых пациентов пластика дополнялась лоскутами слизистой оболочки полости носа или фрагментами средней носовой раковины. Для фиксации трансплантатов использовался биологический фибрин-тромбиновый клей, а также искусственные материалы («тахокомб»). Осложнений во время хирургии не отмечалось. Все пациенты выписаны в ближайшую неделю после операции без признаков назальной ликвореи. В отдаленном послеоперационном периоде признаков рецидива заболевания не наблюдалось. В отдельных случаях использовалась интраоперационная навигационная система «Fusion» (Медтроник).

Выводы: Тактика ведения ятрогенной назальной ликвореи зависит от времени ее обнаружения. При возникновении НЛ во время операции необходимо провести пластику дефекта доступными способами (фасция, лоскут слизистой из перегородки и т.д.). При отсроченном характере процесса возможно проведение консервативной терапии в течение нескольких дней. Профилактика данного осложнения включает в себя несколько пунктов: Тщательное планирование эндоскопической хирургии при сложной патологии (КТ, МРТ), предоперационная подготовка, клей, дренаж. Хорошее знание анатомической нормы и вариантов. Понимание трехмерной эндоскопической анатомии полости носа. Необходимо работать только под визуальным контролем (нельзя делать манипуляции вслепую). Работа шаг за шагом (чаще использовать ручные инструменты). Использование навигации в сложных случаях. Получение практических и теоретических навыков на специализированных курсах.